ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

CILAS GALDINO JÚNIOR

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

VITÓRIA, ES
2020

CILAS GALDINO JÚNIOR

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof.ª Drª. Maria Carlota de Rezende Coelho

Área de Concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

VITÓRIA, ES

2020

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

Galdino Junior, Cilas
G149i Internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Unidade de Pronto Atendimento / Cilas Galdino Junior. - 2020.
56 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Carlota de Rezende Coelho.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2019.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Atenção Primária em Saúde. 3. Atendimento de emergência. 4. Atendimento de urgência. I. Coelho, Maria Carlota de Rezende. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 362.1042

CILAS GALDINO JÚNIOR

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Vitória, 20 de julho de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Maria Carlota de Rezende Coelho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientador(a)

Janine Pereira da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Membro Titular Interno

Paulete Maria Ambrósio Maciel
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Membro Titular Externo

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me proporcionado saúde e determinação para conquistar essa imensa vitória.

À Professora, Drª Maria Carlota de Rezende Coelho, pelo incentivo, apoio e grande contribuição para o meu conhecimento.

Aos meus familiares, sem deixar de lado grandes amigos, tais como Gulliver e Jadilson pelo estímulo nos momentos mais difíceis.

“Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo”

Raul Seixas

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho, de forma especial, à minha família pela confiança e pelo incentivo na busca do conhecimento. E, particularmente, à minha esposa e aos meus filhos pela constante inspiração, compreensão, amor incondicional, fatores decisivos que me impulsionaram a prosseguir em minha caminhada.

.

RESUMO

INTRODUÇÃO: As Unidades de Pronto Atendimento surgiram para reduzir a demanda de urgência e emergência nos prontos socorros dos hospitais e integrar a Atenção Básica e a Terciária. As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) tornaram-se indicador utilizado para avaliar a capacidade de resolução da atenção primária. **OBJETIVO:** Analisar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município de Manhuaçu, Minas Gerais, em 1998 e 2018. **MÉTODO:** Estudo transversal, retrospectivo não concorrente com abordagem quantitativa de indivíduos com idade de 0 a 99 anos, utilizando os dados de atendimento da Unidade de Pronto Atendimento dos anos de 1998 e 2018 através do CID10 por meio da extração de microdados fornecido pelo DATASUS (website: www.datasus.gov.br) e consulta pelos *softwares* TABWIN e TABNET. **RESULTADOS:** Nos anos de 1998 e 2018 foram analisados 6.749 e 9.557 casos, respectivamente. Em ambos os períodos as ICSAP correspondem a 15,6% em 1998 e 11,0% em 2018. No que se refere ao sexo, prevalece o sexo masculino entre os usuários, sendo que, em 1998, correspondem a 66,7%, e em 2018, 59,9%. A mediana da idade da amostra dos casos analisados no ano de 1998 foi de 25,0±22,3 e em 2018 foi de 31,0±23,1. A média do tempo de internação dos pacientes em 1998 e 2018 permaneceu sem alteração significativa, com tempo médio em torno de 5,0±4,5 dias. Dentre os municípios que tem como unidade de referência a UPA do município de Manhuaçu, de oito municípios avaliados observa-se que cinco, historicamente, vêm demandando atendimento e internações na Unidade de Pronto Atendimento. Para melhor visualização das morbidades de incidência significativa da ICSAP, foram agrupadas, e mantidas as frequências e porcentagens originais, as dez de maior incidência, sendo que, em 1998 as três principais causas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária entre usuários de Manhuaçu foi por: infecções intestinais (21,1%) entre a população de 0 a 10 anos, seguido da insuficiência cardíaca (15,6%) e os acidentes isquêmicos cerebrais transitórios (10,4%), estes na população de 61 a 70 anos. Em 2018 a infecção no trato urinário (12,3%) entre a população de 21 a 30 anos, seguido da insuficiência cardíaca (11,9%) entre a polução acima de 81 a 90 anos e a gastroenterite de origem infecciosa (7,6%) entre a população de 0 a 10 anos.

CONCLUSÃO: Não houve alteração quanto ao perfil demográfico (idade e sexo) dos usuários entre os anos de 1998 e 2018, mas houve no perfil epidemiológico das causas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária que estão correlacionadas à expansão na cobertura da Estratégia da Saúde da Família no município o que afeta diretamente a finalidade da Unidade de Pronto Atendimento.
Descritores: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária em Saúde. Atendimento de Emergência. Atendimento de Urgência.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Emergency Care Units were designed with the objective of diminishing the demand for urgency and emergency in the emergency rooms of hospitals, in addition to integrating Primary and Tertiary Care. Hospitalizations for Conditions Sensitive to Primary Care became an indicator used for the purpose of evaluating the resolution capacity of primary care. The objective was to analyze Hospitalizations for Sensitive Conditions to Primary Care in an Emergency Unit in the municipality of Manhuaçu, Minas Gerais, in 1998 and 2018. **METHOD:** This is a cross-sectional, retrospective study with a quantitative approach that applied the care data from the Unit of Emergency Care of the years 1998 and 2018 through the CID10 through the extraction of microdata indicated by DATASUS (website: www.datasus.gov.br) and consultation by the software TABWIN and TABNET. **RESULTADOS:** In 1998 (66.7%) and in 2018 (59.9%) the male gender predominates among users. The average age in Hospitalizations for Conditions Sensitive to Primary Care in 1998 was 30.15 and in 2018 it was 35.13. The average stay of patients in 1998 and 2018 remained unchanged, persisting around 4.4 days. Out of the eight municipalities assessed, it is noted that five historically have been demanding care and hospitalization in the Emergency Care Unit. In 1998, the three primary causes of Hospitalization for Conditions Sensitive to Primary Care, among users of Manhuaçu were: intestinal infections (21.1%) among the population aged 0 to 10 years, followed by Heart failure (15.6%) and transient ischemic strokes (10.4%), both in the population aged 61 to 70 years. In 2018, infection in the urinary tract (12.3%) among the population aged 21 to 30 years, followed by heart failure (11.9%) between pollution above 81 to 90 years and gastroenteritis of infectious origin (7, 6%) among the population aged 0 to 10 years. **CONCLUSION:** The conclusion was a no variation in the demographic profile (age and sex) of users between the years 1998 and 2018, however, there was an epidemiological profile of the causes of Hospitalizations for Conditions Sensitive to Primary Care that are equated to the expansion in the coverage of the Strategy of Family Health in the municipality. The average length of stay was not substantial between the years studied, causing distortion in the sense of the Emergency Care Unit.

Descriptors: Hospitalizations for Conditions Sensitive to Primary Care. Emergency care unit. Family Health Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Distribuição das unidades de saúde.....23

Figura 2- Distribuição das unidades de saúde no distrito sede do município 24

Figura 3- Proporção de grupos de diagnóstico das ICSAP na faixa etária de adultos - Brasil, 2000 a 2006. 34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização das ICSAPs por procedência do usuário, 1998. Manhuaçu, MG, Brasil. (n=6.749). 38

Tabela 2- Caracterização das ICSAPs por procedência do usuário, 2018. Manhuaçu, MG, Brasil. (n=9.557). 38

Tabela 3- Percentagem de pacientes provenientes de outros municípios, Manhuaçu, MG, 1998. Brasil (n= 1.972). 39

Tabela 4- Percentagem de pacientes provenientes de outros municípios, Manhuaçu, MG, 2018. Brasil (n=3.004) 39

Tabela 5- Principais causas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária por faixa etária de usuários procedentes de Manhuaçu, 1998. Brasil.(n=548).....40

Tabela 6- Principais causas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e à faixa etária de usuários procedentes de Manhuaçu, 2018. Brasil. (n=287) 41

Tabela 7- Principais causas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e à faixa etária de usuários procedentes de outros municípios, 1998. Brasil. (n=290).....42

Tabela 8- Principais causas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e â faixa etária de usuários procedentes de outros municípios, 2018. Brasil. (n=401).....43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Lista de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, Brasil. 2008. 25

Quadro 2- Ordenamento das principais causas de ICSAP, por faixa etária. Brasil, 1999 a 2006. 32

Quadro 3- Frequência dos diagnósticos, por Grupos da Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária, dos pacientes internados por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Hospital Universitário. São Luís - MA, 2012.....36

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Variação das ICSAP de idosos nas regiões geográficas do Brasil, 2003 a 2012. 35

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DRS	Departamento Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAT	Grupo de Atividades Terapêuticas
GID	Grupo de Insulinodependentes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PSF	Programa Estratégia Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17

2 OBJETIVOS 20

2.1 Objetivo geral 20

2.2Objetivos específicos 20

3 METODOLOGIA 21

3.1 Tipo de estudo 21

3.2 Local de estudo 21

3.3 Base de dados 24

3.4 Organização e análise de dados 27

3.5 Aspectos éticos 28

4 REVISÃO DE LITERATURA 28

4.1 Internações por condições sensíveis à atenção primária em Unidade de Pronto Atendimento 29

4.2 Estratégia Saúde da Família e as internações por condições sensíveis à atenção primária 29

4.3 ICSAP no Brasil por faixa etária 31

4.4 ICSAP no Brasil por regiões 35

5. RESULTADOS 38

6 DISCUSSÃO 44

7. CONCLUSÃO 50

8. REFERÊNCIAS 51

APENDICE I 55

ANEXO I 56

1 INTRODUÇÃO

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) no Brasil surgiram para reduzir a demanda de urgência e emergência concentrada nos prontos socorros dos hospitais. São unidades que atendem às urgências que são ocorrências imprevistas de agravos à saúde com ou sem risco potencial à vida, em que os usuários necessitam de assistência médica imediata (FREIRE et al., 2015), e emergências são as constatações de condições de agravo à saúde que implicam no sofrimento intenso ou risco iminente de morte, demandando, portanto, tratamento médico imediato (UCHIMURA et al., 2015).

Assim, o Ministério da Saúde, comprometido com o atendimento às urgências e emergências, no ano de 2003, instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). No entanto, no ano de 2011, a PNAU passou por uma reformulação com a instituição da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, além de manter a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento às urgências. Por isso, as UPAs, e os serviços de urgência 24 horas são componentes dessa rede (UCHIMURA et al., 2015).

Neste ensejo, constituíram componente da urgência pré-hospitalar privilegiando uma rede integrada que propõe um atendimento em função do impacto na atenção à saúde e dos indicadores de morbimortalidade, sendo importantes pontos de acesso ao sistema, instituindo-se enquanto unidades intermediárias entre a atenção básica e a rede hospitalar (KONDER; O'DWYER, 2015).

Os agravos à saúde são considerados os maiores responsáveis pelo aumento na demanda e procura pelos serviços de urgência e emergência. Com o aumento dessa demanda, há necessidade de constante reorganização no processo de trabalho de forma a não trazer prejuízo na assistência oferecida. Todavia, os problemas não absorvidos pelos serviços de Atenção Primária, sobrecarregam os serviços de urgências. Sabe-se que os usuários recorrem às unidades de pronto atendimento em busca de um atendimento mais resolutivo, ainda que isso signifique reinternações frequentes. Entretanto, os serviços de pronto atendimento não têm conseguido

resolver os problemas apresentados pelos usuários que, muitas vezes, demandam cuidados longitudinais, mas de baixa complexidade (MALTA et al., 2014).

Por esses motivos, são estudados os agravos à saúde cujas morbidades e mortalidades podem ser reduzidas através de uma atenção primária efetiva. Assim sendo, o percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), tornou-se um indicador que vem sendo utilizado para avaliar os serviços de saúde e a capacidade de resolução por parte da atenção primária. O uso prudente desse indicador pode ajudar a incrementar a capacidade de resolução da Atenção Básica ao identificar áreas prioritárias de intervenção e colocando em evidência problemas de saúde que necessitam de melhor seguimento e coordenação entre os níveis assistenciais (BRASIL, 2008).

Frente ao exposto, questiona-se qual o perfil demográfico e epidemiológico dos pacientes atendidos na UPA do município de Manhuaçu/MG, no intuito de averiguar se as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Assim, parte-se da hipótese de que a fragmentação da rede de atenção à saúde, na cobertura da atenção primária dos 24 municípios pertencentes à microrregião de Manhuaçu, modifica as características da UPA, enquanto unidade intermediária entre a atenção primária e a terciária.

Nesse sentido, o conhecimento das características da demanda assistida na UPA é importante, pois pode contribuir nas intervenções realizadas pela gestão da saúde no município. Dentre elas, será abordada a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), o qual, em virtude de sua extensa capilaridade, mostrou-se, no decorrer do tempo, apto à promoção da saúde, o que envolve detecção precoce e o rastreamento de doenças, o que está inserto no conceito e aplicabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS).

Por fim, diante do que fora apresentado, o presente estudo versa sobre as ICSAPs como determinante do perfil clínico-epidemiológico dos pacientes que permanecem internados por 48 horas ou mais na UPA de Manhuaçu, Minas Gerais, o que contribuirá para aperfeiçoar a assistência na UPA de Manhuaçu, como unidade da articulação com a rede assistencial do município, bem como sensibilizar os gestores para a necessidade de estruturação da rede de urgência e emergência e fortalecimento da atenção primária o que possibilitará o atendimento dos casos menos graves, gerando a redução da superlotação da UPA e melhoria no atendimento aos pacientes mais graves.

Amparado pelo direito fundamental à saúde, previsto na Constituição Federal de 1988, o presente trabalho justifica-se pela necessidade de dissertar sobre a possibilidade da otimização da prestação de serviços públicos de saúde segundo os princípios de razoabilidade e proporcionalidade na execução de serviços essenciais à saúde por parte dos entes públicos.

O interesse pessoal vincula-se à necessidade, como profissional de saúde que lida diariamente com a população em estudo, de maior engajamento na manutenção do cuidado e da garantia dos direitos às pessoas que se valem do serviço de saúde pública, seja por meio da UPA ou da ESF favorecendo a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Unidade de Pronto Atendimento do município de Manhuaçu, Minas Gerias, nos anos de 1998 e 2018.

2.2Objetivos específicos

Descrever as características de doenças preveníveis por condições sensíveis à atenção primária relacionadas ao sexo, idade, procedência e tempo de internação dos pacientes na Unidade de Pronto Atendimento do município de Manhuaçu, Minas Gerias, nos anos de 1998 e 2018.

Analisar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma Unidade de Pronto Atendimento do município de Manhuaçu, Minas Gerais, nos anos de 1998 e 2018 por sexo, idade, município de procedência e tempo de internação

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Estudo transversal, retrospectivo não concorrente com abordagem quantitativa que busca analisar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Unidade de Pronto Atendimento do município de Manhuaçu, Minas Gerias, nos anos de 1998 e 2018.

Embora o programa ESF tenha sua gênese no início dos anos 90, o primeiro banco de dados que o TABNET começou a disponibilizar reporta ao ano de 1992, além disso, o período inicial de 1998 foi escolhido em virtude de as informações disponíveis até 1997 serem apresentadas por meio da Classificação Internacional de Doenças - CID - 9, que anteriormente era feita apenas por números. A partir de 1998 passou a ser adotado o CID -10, que está concatenado com a Portaria n° 221, de 17 de abril de 2008, onde está contida a Lista de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, cuja codificação é formada por letras e números. Quanto ao ano de 2018, sua escolha é fundamentada por ser este o último ano que o programa TABNET dispunha no período da coleta.

3.2 Local de estudo

Manhuaçu é um município brasileiro no interior do estado de Minas Gerais, Região Sudeste do país. Localiza-se na mesorregião da Zona da Mata Mineira, possuindo como municípios limítrofes: Manhumirim, Simonésia, Santa Bárbara do Leste, Vermelho Novo, Caputira, Matipó, São João do Manhuaçu, Luisburgo, Reduto, Raul Soares, sua distância até a capital de Minas é 290 Km.[1]

Manhuaçu é referência para o atendimento de urgência e emergência dos 23 municípios da microrregião. O município conta com uma UPA tipo II, porta de entrada para as internações realizadas no Hospital César Leite, para as urgências de municípios próximos que não possuem hospital, além de referência para atendimento de traumas ocorridos na região. O Hospital César Leite é porta de entrada para as internações obstétricas.

[1] https://www.manhuacu.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/localizacao-de-manhuacu/6496

Os dados do presente estudo foram obtidos por meio do *software* TABWIN adotando se os seguintes marcos temporais: 01/01/1998 a 31/12/1998 e 01/01/2008 a 31/2/2018. No que se refere à UPA localizada no município de Manhuaçu que de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), tem uma população de 88.580 habitantes e uma área de 628,318 km².

A UPA de Manhuaçu foi inaugurada em 27 de maio de 1992, inicialmente localizada na rua Mellin Abi-Ackel, n° 600, bairro Todos os Santos. Em virtude dessa localização ser de difícil acesso, em 23 de setembro de 2010, foi transferida para região central do município, próximo do Hospital César Leite, contando com estrutura física específica, sendo construída e equipada pela Secretaria de Estado da Saúde, contudo, antes de iniciar o funcionamento, foi necessária uma grande reforma de adaptação, a qual foi realizada pela Prefeitura de Manhuaçu. Desde a sua inauguração até os dias atuais são aproximadamente 28 anos de funcionamento da UPA em Manhuaçu.

As internações hospitalares são reguladas pela Central de Regulação Macrorregional, mantida pela Secretaria de Estado da Saúde através de um software denominado SUS fácil.

A remoção de pacientes graves para atendimento em outros municípios é realizada mediante disponibilização de vaga e orientação sobre transporte sanitário pelo médico regulador da Central de Regulação. O município mantém contrato de prestação de serviços com Unidade Móvel, que inclui profissionais médicos e de enfermagem, além de utilizar ambulância própria. Ademais, a UPA de Manhuaçu realiza, em média, 9.557 atendimentos médicos mensais.

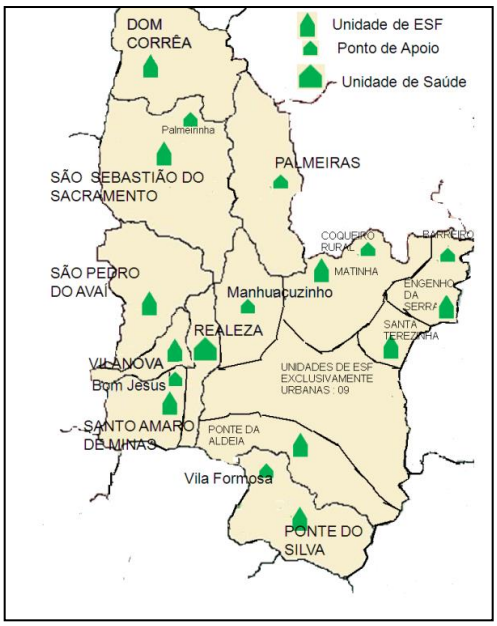
No que se refere ao Serviço de Atenção Primária de Manhuaçu, seu funcionamento iniciou-se em 05 de abril de 1999, época em que contava com uma Unidade de Saúde localizada no bairro Engenho da Serra. Atualmente engloba 19 unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), uma Unidade de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), oito Equipes de Saúde Bucal – ESB, três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que funciona nos moldes tradicionais. Todos sob uma coordenação central.

As 19 unidades de ESF (Dom Corrêa, Sacramento, São Pedro, Vilanova, Santo Amaro, Ponte do Silva, Ponte da Aldeia, Bom Jardim, Nossa Senhora Aparecida, São Vicente, Santana, Santa Terezinha, Engenho da Serra, Matinha, Catuaí, Petrina/Sagrada Família, Santa Luzia, Lajinha, Santo Antônio), uma unidade de PACS

(Realeza), uma Unidade Básica de Saúde (Pedregal) e quatro Pontos de Apoio com funcionamento diário (Vila Formosa, Palmeirinha, Bom Jesus, Manhuaçuzinho e Palmeiras), são distribuídas nas áreas urbanas da sede e dos distritos sendo: 12 urbanas (incluindo a Unidade Tradicional), e nove unidades mistas que atendem área urbana e rural. Atendem a 74,7% da população municipal considerando o parâmetro de 3.000 hab./equipe (agosto 2017). A Unidade Básica de Saúde tradicional é urbana e atende à área não coberta pela ESF.

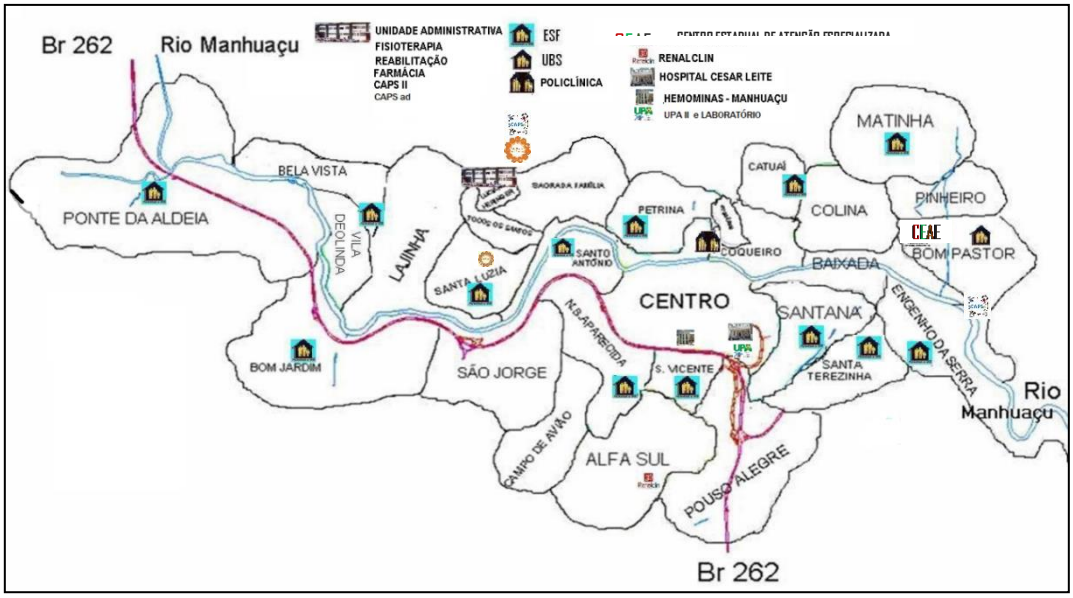
Já em 2008, no intuito de prestar suporte à ESF, fora estabelecido, por meio da Portaria nº154, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Em Manhuaçu, atualmente, há três NASF, as equipes são compostas por Assistentes Sociais, Farmacêuticos, Profissionais de Educação Física, Psicólogos, Nutricionistas, Fisioterapeutas. Atualmente o NASF atua em dez grupos Educativo-Terapêutico: Grupos de Atividades Terapêuticas (GAT), Grupos de Insulinodependentes (GID), Grupos de Planejamento Familiar, Grupos de Orientação Familiar (usuários do Programa Bolsa-Família), Grupos de Reabilitação, Grupos de Pré-natal (gestantes), Grupo de Puericultura, Grupos HIPERDIA, Grupos de Adolescentes, Grupos Crescer (Psicologia infantil), Grupos Viver (usuários de benzodiazepínicos) e Grupos de Controle do Tabagismo (Projeto Antitabaco).

Figura 1- Distribuição das unidades de saúde em Manhuaçu, MG, Brasil



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu – Planejamento

Figura 2- Distribuição das unidades de saúde no distrito sede do município de Manhuaçu, MG, Brasil



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu – Planejamento

3.3 Base de dados

As bases de dados consultadas neste estudo foram o TABNET e TABWIN[2], de onde foram extraídos os dados demográficos (sexo, idade), município de procedência e dias de permanência dos pacientes internados por ICSAP na UPA de Manhuaçu. As ICSAPs serão identificadas pela relação do Código Internacional de Doenças (CID), conforme Quadro 1.

De mais a mais, cumpre salientar que, os dados foram obtidos pelo TABNET por meio do endereço eletrônico: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=19, onde foram encontrados os arquivos de dados necessários à pesquisa, qual seja "Arquivos disseminâveis para tabulação do Sistema de Informações Hospitalares do SUS", neste, foram selecionadas modalidades de arquivo para download na extensão de arquivo dbc.

Após, foram submetidos às sucessivas conversões de extensão de arquivo, conforme o esquema abaixo:

[2]Os programas TABWIN e TABNET foram elaborados pelo DATASUS como uma ferramenta de pesquisa de dados. Trata-se de aplicativo útil na tabulação de dados e no cruzamento de informações de forma rápida, utilizada em todo território nacional vinculado ao SUS para gerar informações de atendimento.

DBF ➡ DBC ➡ CSC ➡ XLS

Após isso, foram compilados em planilha Excel e submetidos às análises estatísticas necessárias consoante subitem 3.4, o qual se refere à Organização e análise de dados.

Quadro 1- Lista de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, Brasil. 2008.

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

6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus infuenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	**Asma**	
7,1	Asma	J45, J46
8	**Doenças pulmonares**	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	**Hipertensão**	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	**Angina**	
10,1	Angina pectoris	I20
11	**Insuficiência Cardíaca**	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	**Doenças Cerebrovasculares**	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	**Diabetes melitus**	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, 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
14	**Epilepsias**	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	**Infecção no Rim e Trato Urinário**	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	**Infecção da pele e tecido subcutâneo**	

16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	**Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos**	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva	N76
18	**Úlcera gastrointestinal**	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	**Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto**	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte: Portaria n° 221, de 17 de abril de 2008

3.4 Organização e análise de dados

Os dados foram lançados em planilhas do Excel – Microsoft Office 2010 – e sofreram tratamento pela estatistica descritiva e analítica. As variáveis categóricas foram organizadas por frequências e percentuais, já as numéricas foram resumidas por meio de medidas como média e desvio padrão.

De mais a mais, cumpre ressaltar que, para o devido posicionamento dos dados na planilha Excel, cada linha da tabela constitui um indivíduo, ou seja, amostra de dados. Já as colunas correspondem às variáveis, quais sejam: mora em Manhuaçu, não mora em Manhuaçu, possui diagnóstico elencado na tabela de ICSAP, não possui diagnóstico elencado na tabela de ICSAP.

Ao final foram correlacionados os dados obtidos nas linhas e colunas da planilha por meio de uma técnica estatística denominada Regressão Logística, a qual permite estimar a associação significativa entre o fato de uma pessoa possuir diagnóstico elencado na tabela de ICSAP e ser moradora do município de Manhuaçu.

No que se refere às variáveis dependentes, ou seja, eventos que são analisados sob o prisma da variável independente, temos a questão do número de internados moradores do município de Manhuaçu e das regiões circunvizinhas. Durante os cálculos, houve cruzamento entre as frequências absolutas das variáveis dependentes e independentes, que resultou no valor *p,* indicativo de significância estatística.

Ao final dessa análise, foram elencados potenciais preditores, ou seja, as variáveis dependentes que se associam, de forma direta ou indireta, na internação de pessoas portadoras de morbidades relacionadas à ICSAP no município de Manhuaçu, sendo, para tanto, foram considerados como significantes os que obtiveram valor *p* igual ou menor que 5%, sendo este calculado por meio dos procedimentos acima descritos.

A análise dos dados será feita por meio do Software R (versão 3.5.2), disponível gratuitamente por meio da URL https://cran.r-project.org/bin/ windows/base/old/3.5.2/.

3.5 Aspectos éticos

O projeto foi submetido à Plataforma Brasil sob o protocolo CAAE: 89358218.0.0000.5065 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, sob o número do parecer: 2.917.114 (ANEXO I). Portanto, foram cumpridas as exigências formais dispostas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Para autorização da coleta de dados, foi apresentado Carta de Anuência (APÊNDICE I) da Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Internações por condições sensíveis à atenção primária em Unidade de Pronto Atendimento

A despeito das características intrínsecas das populações, bem como o ambiente social e físico, o indicador ICSAP constitui estratégia relevante para avaliar os serviços de saúde, principalmente com vistas a resolutividade da Atenção Primária (FAUSTO, 2014). Sabendo que a Atenção Primária zela pela efetividade dos problemas em saúde de uma população, é mister identificar quais são os determinantes das ICSAP e, em especial, aqueles reiteradamente abordados no serviço de pronto atendimento.

Por esses motivos, são estudados os agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas através de uma atenção primária efetiva (FREIRE et al., 2015). A partir do ICSAP, é possível incrementar a capacidade de resolução da Atenção Básica ao identificar áreas prioritárias de intervenção e evidenciar problemas de saúde que necessitam de melhor seguimento e coordenação entre os níveis assistenciais (BRASIL, 2008).

4.2 Estratégia Saúde da Família e as internações por condições sensíveis à atenção primária

Estudo realizado na Bahia no período de 2000 a 2012 (JUNIOR et al., 2018) mostrou que a expansão na cobertura da ESF associou-se à significativa redução nas ICSAP em crianças menores de um ano. Ademais, nesse ínterim, foi verificada ampliação do acesso a leitos hospitalares pediátricos e melhoria nos indicadores demográficos e socioeconômicos. Faz-se necessário pontuar que entre os municípios com cobertura de ESF inferior a 30,0% respondem por maior número de habitantes. Sendo assim, já que a cobertura se concentra em áreas vulneráveis, pode haver maior efeito nas ICSAP, haja vista a facilitação do acesso aos serviços de saúde, independente das desigualdades sociais. A observância da lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária à saúde não aprofunda a análise para o grupo de menores de um ano e algumas condições que poderiam ser evitáveis nesse grupo específico. Grande parte das causas de mortes evitáveis por intervenções do SUS coincide com as descritas nessa faixa etária.

Estudo realizado sobre a tendência das hospitalizações por causas evitáveis no Brasil apontou maior redução das ICSAP na maioria dos estados e regiões, o que foi atribuído à expansão da ESF. Rosano et al (2013), apontam a relação entre os indicadores de acesso à atenção primária à saúde e as hospitalizações por condições sensíveis, evidenciando menores internações por essas condições em áreas com maior cobertura da atenção primária. Na região do Nordeste, os resultados foram semelhantes entre a população menor de cinco anos (MOURA, 2010).

Uma das possíveis explicações para a redução de ICSAP em menores de um ano consiste no impacto das políticas de saúde como o Programa Nacional de Imunização (PNI), além de rotinas de acompanhamento à gestante, à mãe e ao bebê nos primeiros meses de vida, desenvolvidas na atenção primária (PEREIRA, 2015). Deve-se levar em conta também fatores demográficos e socioeconômicos, a saber melhoria do saneamento básico, aumento da urbanização e queda na fecundidade. Tanto ICSAP quanto a expansão da ESF ocorrem num cenário marcado por melhoria nos indicadores demográficos e socioeconômicos municipais, como renda, urbanização, escolaridade e IDH.

Caetano (2002), observou desigualdade entre as diferentes regiões e entre os grandes centros urbanos e as cidades de pequeno e médio porte, enquanto Campos (2002) constatou baixa cobertura das equipes de ESF nas capitais brasileiras e nos municípios com mais de 100 mil habitantes. Dados de 2012 mostraram cobertura de 54,8% no Brasil, com maior cobertura na região nordeste (72,6%), e a menor na região sudeste (44,2%) (CAPUCCI, 2014).

Segundo Alfradique et al (2009), as ICSAP representavam 28,3% das hospitalizações realizadas pelo SUS em 2006, embora com queda de 15,8% no país, sendo esse declínio principalmente entre as internações não sensíveis. Na capital Belo Horizonte houve 26,4% de ICSAP, com queda das ICSAP de 17,9% contra apenas 8,3% para os não sensíveis num período de quatro anos (COSTA, 2016). Valores semelhantes foram encontrados em estudo realizado em Campo Grande (CAMPOS, THEME-FILHA, 2012), no período de 2000 a 2009. Aquino (2009) analisou o impacto do PSF na mortalidade infantil em municípios brasileiros e confirmou associação entre o nível de implantação do PSF e indicadores de serviços de atenção primária à saúde. Essa análise reforçou a ideia de que a consolidação da ESF levou a aumento de consultas básicas e de atividades educativas por habitante, no maior

percentual de grávidas com pelo menos uma consulta de pré-natal e em coberturas maiores de programas de vacinação destinados ao público infantil.

Entretanto, estudo realizado em São Leopoldo (MORIMOTO, COSTA, 2017) apontou aumento das ICSAP: no geral, avaliando todas as causas de internação hospitalar, houve uma redução de 13,6% de 2003 a 2012, todavia, as ICSAP reduziram 7,8% no mesmo período. Quanto ao percentual de ICSAP em relação às internações por todas as causas, observou-se um aumento de 6,7% no período - em 2003 as ICSAP representavam 24,4% das internações por todas as causas, e, em 2012, 26,0%. Portanto, Morimoto e Costa (2017) evidenciaram a tendência de diminuição apenas nas internações por todas as causas, não havendo mudança significante no coeficiente de ICSAP e nos gastos com a atenção primária.

Esse conjunto de evidências reforça o papel da atenção primária à saúde na melhoria das condições de saúde da população materno-infantil coberta pelas equipes de saúde da família. Este estudo demonstrou os efeitos da consolidação das ações no nível da atenção primária, na melhoria das condições de saúde das crianças menores de um ano. Ressalta-se a importância do fortalecimento das ações em saúde no âmbito da ESF, com o intuito de ofertar assistência resolutiva ao primeiro contato e evitar hospitalizações desnecessárias.

4.3 ICSAP no Brasil por faixa etária

No Brasil, no período de 1999 a 2006, observou-se que, entre os menores de 20 anos, a principal causa de internação foram as gastroenterites infecciosas, seguidas de asma, e, em terceiro lugar, as pneumonias bacterianas (MOURA, 2010). Quando consideradas as ICSAP, no mesmo período e no mesmo grupo, gastroenterites infecciosas e suas complicações, asma e pneumonia bacteriana responderam por 75,5% do total de eventos. Isso de justifica especialmente pelo perfil sociodemográfico das diversas populações, bem como pela efetividade da rede de serviços e a qualidade do serviço em saúde prestado na atenção primária.

Sob essa ótica, entende-se por que as maiores taxas de ICSAP encontra-se no Norte e Nordeste do Brasil – a saber, maiores taxas de analfabetismo, menor cobertura de saneamento básico, menor produto interno bruto (PIB) e maiores taxas de mortalidade infantil (MOURA, 2010). Complicações foram à primeira causa de internação em todas as faixas etárias consideradas, embora tenham sido observadas

diferenças para a segunda e terceira causas entre asma, pneumonias bacterianas, infecção no rim e trato urinário e doenças relacionadas ao parto e pré-natal (MOURA, 2010).

Ainda segundo Moura (2010), entre as doenças parasitárias e intestinais, as gastroenterites representam o maior desafio, principalmente por estarem associadas a áreas com maior concentração de pobreza. As internações por esse motivo em menores de 20 anos corresponderam a 45,2% de todas as ICSAP, em 1999, e 44,2%, em 2006, com maior expressividade nos menores de um ano. A despeito das medidas terapêuticas efetivas e de baixa complexidade, as gastroenterites se mantêm com alta representatividade no perfil de morbidade do brasileiro, especialmente entre as crianças menores de cinco anos.

No que diz respeito à asma, observa-se uma tendência ao aumento de sua prevalência em todo o mundo. Entretanto, estudo realizado em Recife aponta que, apesar das elevadas taxas de internação por asma, há uma redução nas internações hospitalares por essa moléstia em relação aos anos anteriores. Identifica-se como responsável por essa mudança a melhoria da cobertura e da atenção à saúde, sobretudo com implementação das ESF. Para combate às complicações da asma, por exemplo, pode-se citar identificação de pacientes portadores de morbidade, expansão da saúde pré-natal, incentivo ao aleitamento materno e parto natural, aconselho nutricional, entre outros (MOURA, 2010).

Quando avaliadas as faixas etárias de menores de 1 ano, 1 a 4 anos e 5 a 9 anos, notou-se que as principais causas de internação foram gastroenterites infecciosas e complicações, asma e pneumonias bacterianas, e, nas faixas de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, gastroenterites infecciosas e complicações, infecção no rim e trato urinário e asma. Entre as crianças menores de um ano, observaram-se as pneumonias bacterianas como segunda causa, mantendo-se como a terceira causa de internação nas seguintes faixas etárias de 0 a 27 dias, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos (MOURA, 2010).

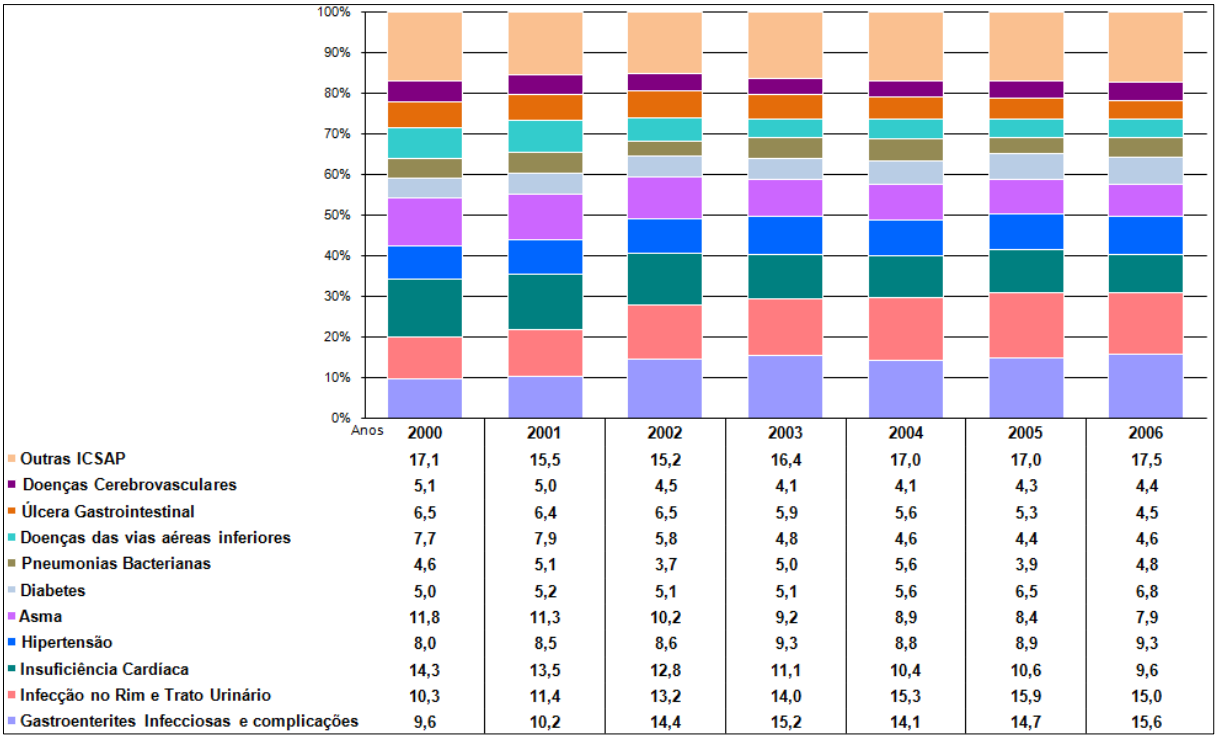
Quadro 2- Ordenamento das principais causas de ICSAP, por faixa etária. Brasil, 1999 a 2006.

Faixa etária	Ranking	ICSAP
0 a 27 dias	1	Gastroenterites infecciosas e complicações
	2	Doenças relacionadas ao pré-natal e parto
	3	Pneumonias bacterianas
28 dias a 11 meses	1	Gastroenterites infecciosas e complicações
	2	Pneumonias bacterianas
	3	Asma
Menores de 1 ano	1	Gastroenterites infecciosas e complicações
	2	Pneumonias bacterianas
	3	Asma
1 a 4 anos	1	Gastroenterites infecciosas e complicações
	2	Asma
	3	Pneumonias bacterianas
5 a 9 anos	1	Gastroenterites infecciosas e complicações
	2	Asma
	3	Pneumonias bacterianas
10 a 14 anos	1	Gastroenterites infecciosas e complicações
	2	Asma
	3	Infecção no rim e trato urinário
15 a 19 anos	1	Gastroenterites infecciosas e complicações
	2	Infecção no rim e trato urinário
	3	Asma
Menores de 20 anos	1	Gastroenterites infecciosas e complicações
	2	Asma
	3	Pneumonias bacterianas

Fonte: Portaria SAS/MS n. 221, de 17 de abril de 2008.

Segundo a Avaliação do impacto das ações do programa de saúde da família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção básica em adultos e idosos (2012), na faixa etária de 20 a 59 anos, dentre as causas de internação por condições sensíveis, as gastroenterites possuem porcentagem mais elevada (15%), seguidas da Insuficiência Cardíaca (11%), Asma cuja proporção era de 6% em 2006 e Infecção no Rim e Trato Urinário com proporção de 12,5% em 2007.

Figura 3- Proporção de grupos de diagnóstico das ICSAP na faixa etária de adultos - Brasil, 2000 a 2006.



Anos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Outras ICSAP	17,1	15,5	15,2	16,4	17,0	17,0	17,5
Doenças Cerebrovasculares	5,1	5,0	4,5	4,1	4,1	4,3	4,4
Úlcera Gastrointestinal	6,5	6,4	6,5	5,9	5,6	5,3	4,5
Doenças das vias aéreas inferiores	7,7	7,9	5,8	4,8	4,6	4,4	4,6
Pneumonias Bacterianas	4,6	5,1	3,7	5,0	5,6	3,9	4,8
Diabetes	5,0	5,2	5,1	5,1	5,6	6,5	6,8
Asma	11,8	11,3	10,2	9,2	8,9	8,4	7,9
Hipertensão	8,0	8,5	8,6	9,3	8,8	8,9	9,3
Insuficiência Cardíaca	14,3	13,5	12,8	11,1	10,4	10,6	9,6
Infecção no Rim e Trato Urinário	10,3	11,4	13,2	14,0	15,3	15,9	15,0
Gastroenterites Infecciosas e complicações	9,6	10,2	14,4	15,2	14,1	14,7	15,6

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares / DATASUS - Ministério da Saúde

No que se refere à população idosa, a qual mais cresce no Brasil - de 2003 a 2012, o número de idosos cresceu de aproximadamente em 5 milhões (AMORIM et al., 2017).

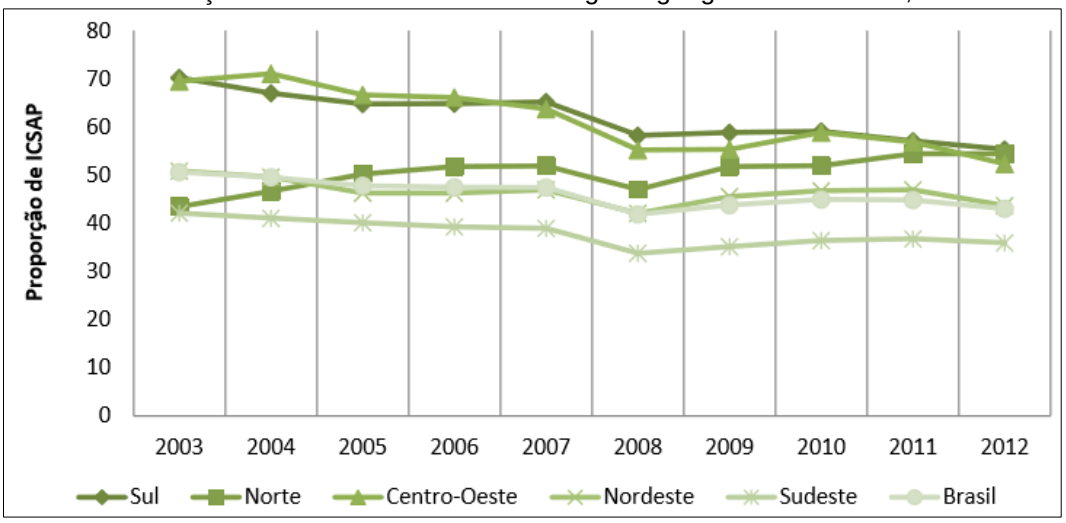
Nesse ínterim, a região Sudeste apresentou o maior número de idosos e de ICSAP nessa população, já a região Norte apresentou a menor população e o menor número de ICSAP. A avaliação das ICSAP entre a população idosa, no período de 2003 a 2012, revelou que na região Sudeste se concentram os maiores números absolutos, seguida da região Nordeste.

A região Norte apresentou os menores e, levantando em conta a proporção por mil habitantes, a região Sul apresentou as maiores proporções em sete dos dez anos estudados, mantendo-se com as maiores proporções (AMORIM et al., 2017). Com o aumento populacional dos idosos, ocorre maior uso dos serviços de saúde devido ao perfil epidemiológico peculiar dessa população, em que prevalecem doenças crônicas, declínio funcional e aumento de morbidade (AMORIM et al., 2017).

Os resultados apontam que há proporcionalidade entre a população de idosos e o número de ICSAP. Como a Região Sudeste apresenta os maiores percentuais de idosos cobertos pelos planos de assistência médica privados, essa cobertura implica

uma menor utilização dos serviços públicos de saúde pelos idosos, gerando menos ICSAP pelo SUS (AMORIM et al., 2017).

Gráfico 1 - Variação das ICSAP de idosos nas regiões geográficas do Brasil, 2003 a 2012.



Fonte: Ministério da Saúde, Brasília (DF), Brasil, 2015.

4.4 ICSAP no Brasil por regiões

Nas cinco regiões brasileiras, no período de 1996 a 2005, observou-se que as gastroenterites infecciosas e complicações, asma e pneumonias bacterianas foram as três principais causas de internação por ICSAP, em menores de 20 anos (MOURA, 2010).

Analisando o Centro-Oeste, em especial a cidade Campo Grande, observou-se que, no período de 2000 a 2009, houve uma queda de 132,05 internações por 10 mil para 55,13 internações por 10 mil. No intervalo de 2005 a 2009, as internações por insuficiência cardíaca passaram a ser a primeira causa de ICSAP, seguida de diabetes mellitus, doenças cerebrovasculares, úlcera gastrointestinal, entre outras. Todas as doenças relacionadas ao pré-natal e parto apresentaram perfil ascendente no período de 2000 a 2009 (CAMPOS, THEME-FILHA, 2012).

No Maranhão, análise realizada no hospital, a partir da análise dos 506 prontuários, observou-se que 17% dos pacientes foram internados por CSAP, dos quais 53,5% tiveram registro de reintegração pelo mesmo agravo de saúde e com média do tempo de permanência foi de 23,2 dias (LIMA, 2017). Foram mais frequentes o sexo masculino e crianças de 1 a 4 anos, seguidos de menores de 1 ano. A maioria

dos pacientes residia na zona urbana, embora em mais de 50% desses não houvesse ESF. A observação realizada por Lima (2017) sobre as ICSAP revelou que o grupo das pneumonias bacterianas, respondeu pela maior frequência, seguido do grupo de infecção no rim e trato urinário. Observou-se associação significativa entre os casos de pneumonia bacteriana em relação às faixas etárias, o que demonstra que pacientes com menores faixas etárias estão proporcionalmente mais suscetíveis ao adoecimento e internação.

Estudo realizado em São Paulo (REHEM, EGRY, 2011), através dos dados do SIH/SUS reportou aumento de 4% nas internações por ano, embora a frequência das ICSAP neste período diminui em todo o estado. Infere-se que no Estado o percentual das ICSAP tende à redução no período de 2000 a 2007 que se torna mais clara a partir dos últimos anos. A observância da relação entre o número de internações gerais e de ICSAP revela que nos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) com aumento do número de internações cresceu também o número de internações sensíveis. Isso reforça a hipótese de que o aumento do acesso à internação pode contribuir para um aumento ICSAP (REHEM, EGRY, 2011).

Ao analisar a relação entre as ICSAP e a cobertura da ESF, entende-se que no período em que houve aumento da cobertura da ESF, houve redução das ICSAP no estado de São Paulo (REHEM, EGRY, 2011). Verificou-se que houve redução das internações por diabetes em todos os Distritos Regionais de Saúde (DRS) no período de 2000 a 2007 embora tenha havido aumento em oito DRS das internações por hipertensão, o que demonstra fragilidade da atenção básica no controle desse agravo, demandando maior qualidade deste nível de atenção. Curiosamente, agravos historicamente abordados e resolvidos pela atenção básica, como aqueles relacionados ao pré-natal e ao parto apresentaram aumento em dez DRS.

Quadro 3- Frequência dos diagnósticos, por Grupos da Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária, dos pacientes internados por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Hospital Universitário. São Luís - MA, 2012.

ICSAP lista brasileira	**n**	**%**
Pneumonias bacterianas	22	25,5
Infecção no rim e trato urinário	17	19,7
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	9	10,5
Doenças pulmonares	9	10,5
Gastroenterites infecciosas e complicações	5	5,8
Asma	4	4,6

Diabetes mellitus	4	4,6
Deficiências nutricionais	3	3,5
Hipertensão	3	3,5
Infecção da pele e tecido subcutâneo	3	3,5
Doenças cerebrovasculares	2	2,3
Anemia	1	1,2
Infecções de ouvido, nariz e garganta	1	1,2
Epilepsias	1	1,2
Úlcera gastrointestinal	1	1,2
-	1	1,2

Fonte: Hospital Universitário. São Luís - MA, 2012

Consoante o que fora exposto, temos que o indicador ICSAP é significativo para avaliar os serviços de saúde, haja vista a necessidade de identificar a causa e o número de internações preponderantes, em especial aquelas reiteradamente abordadas no serviço de pronto atendimento. Dessa forma, torna-se mais frutífera a verificação da correlação entre expansão da ESF e a redução do ICSAP, tendo em vista as características intrínsecas das populações, assim como o ambiente social e físico a elas inerentes.

5. RESULTADOS

Em 1998, a amostra total fora constituída por 6.749 usuários, prevaleceu o sexo masculino com 66,7% dos atendimentos. A mediana da idade foi de 25±22,3 e as internações duraram em média 5,0±4,5 dias. Em 1998, conforme dados disponibilizados pelo TABNET, a população presumida no município de Manhuaçu era de 59.548 habitantes.

Já em 2018, a amostra total abarcou 9.557 usuários, prevalecendo o sexo masculino com 56,1% dos atendimentos. A mediana da idade foi de 31±23,1 e as internações duraram em média 4,4±5,3 dias. Em 2018, conforme dados disponibilizados pelo TABNET, a população presumida no município de Manhuaçu era de 89.256 habitantes.

Tabela 1- Caracterização das ICSAPs por procedência do usuário, 1998. Manhuaçu, MG, Brasil. (n=6.749).

Variáveis		ICSAP = Não		ICSAP = Sim		Valor-p
		N	%	N	%	
Residentes em Manhuaçu	Sim	3341	49,5%	684	10,1%	0,0004
	Não	2349	34,8%	375	5,6%	

Fonte: Elaborado pelo autor

Conforme a Tabela 1 acima se verifica que, em 1998, houve associação significativa entre as variáveis “Residentes em Manhuaçu” e ICSAP (valor-p=0,0004), sendo que 10,1% dos pacientes residentes em Manhuaçu e 5,6% dos que não residem apresentaram ICSAP positivo, ou seja, a porcentagem de internados por ICSAP residentes em Manhuaçu foi quase duas vezes maior que as dos residentes em outras localidades, isso levando-se em consideração que a população estimada dessa cidade, em 1998, era de 59.548 habitantes, o número de pacientes internados, 6.749, corresponde a 11,3% da população.

Tabela 2- Caracterização das ICSAPs por procedência do usuário, 2018. Manhuaçu, MG, Brasil. (n=9.557).

Variáveis		ICSAP = Não		ICSAP = Sim		Valor-p
		N	%	N	%	
Residentes em Manhuaçu	Sim	3715	38,9%	488	5,9%	0,084
	Não	4792	50,1%	562	5,1%	

Fonte: Elaborado pelo autor

Diferentemente da Tabela 1, por meio da Tabela 2, acima, verifica-se que em 2018 não houve associação significativa entre as variáveis “Residentes em Manhuaçu” e ICSAP (valor-p=0,084), sendo que 5,9% dos pacientes residentes em Manhuaçu e 5,1% dos que não residem apresentaram ICSAP positivo, ou seja, a porcentagem de internados por ICSAP residentes em Manhuaçu foi quase igual as dos residentes em outras localidades, isso levando-se em consideração que a população estimada dessa cidade, em 2018, era de 89.256 habitantes, o número de pacientes internados, 9.557, corresponde a 10,71% da população.

Tabela 3- Percentagem de pacientes provenientes de outros municípios, Manhuaçu, MG, 1998. Brasil (n= 2.724).

Município	**N**	**%**
Simonésia	465	17,1%
Santana do Manhuaçu	307	11,3%
Caputira	285	10,5%
São João do Manhuaçu	282	10,4%
Reduto	212	7,8%
Luisburgo	160	5,9%
Matipó	159	5,8%
Manhumirim	102	3,7%
Demais municípios	752	27,5%

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 4- Percentagem de pacientes provenientes de outros municípios, Manhuaçu, MG, 2018. Brasil (n=5.354)

Município	**N**	**%**
Simonésia	649	12,1%
Manhumirim	483	9,0%
Mutum	323	6,0%
Lajinha	321	6,0%
Santana do Manhuaçu	315	5,9%
Santa Margarida	308	5,8%
Matipó	303	5,7%
Caputira	302	5,6%
Demais municípios	2350	43,9%

Fonte: Elaborado pelo autor

Consoante a porcentagem de cidades que têm Manhuaçu como referência, foram extirpados dados inerentes às oito cidades com número de atendimentos mais relevantes. Neste contesto, não se pode deixar de observar que, conforme a Tabela 3, no ano de 1998, dos 72,5% dos pacientes internados na UPA Manhuaçu que

pertenciam a outras localidades, merecem destaque as oito cidades nesta tabela correlacionadas, sendo que os 27,5% dos demais pacientes pertenciam a 47 cidades da região.

Já em 2018, Tabela 4, a UPA Manhuaçu atendeu 56,1% dos pacientes que não pertenciam à cidade de Manhuaçu, conforme relevância do número de internados, oito cidades mencionadas, sendo que os 43,9% dos demais usuários correspondem aos demais pacientes, os quais pertenciam a 55 cidades da região.

Importante salientar que as Tabelas 3 e 4 constam o número de municípios que mais demandaram internação na UPA, independente se ICSAP ou não, deixando de lado as internações provenientes de Manhuaçu, as quais foram omitidas. De mais a mais, não se pode deixar despercebida a majoração de 47 para 55 no que tange ao número de cidades que possuem Manhuaçu como referência.

No que se refere às principais causas de ICSAP, foram extraídos dados inerentes às 10 morbidades mais frequentes e suas respectivas porcentagens consoante tanto à localidade de procedência do usuário, quanto ao período avaliado de forma que pudesse ser abstraída a tanto a frequência total de determinada morbidade por localidade e lapso temporal quanto as frequências relativas às respectivas faixas etárias, sendo estas devidamente codificadas pelos números de um a 10, e representam indivíduos que possuem idades compreendidas entre zero e mais de 90 anos.

Tabela 5- Principais causas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária por faixa etária[3] de usuários procedentes de Manhuaçu, 1998. Brasil.(n=684)

CID	Descrição	N	%	Grupo de idades									
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A 085	Outras infecções intestinais especificadas	144	21,1	124	6	4	3	3	0	1	3	0	0
I 509	Insuficiência cardíaca NE	107	15,6	2	2	3	4	16	12	27	25	16	0
G 458	Outros acidentes isquêmicos cerebrais	71	10,4	0	0	1	4	8	15	21	15	6	1

[3] 1- Faixa etária entre 0 e 10 anos; 2- Faixa etária de 11 a 20 anos; 3- Faixa etária de 21 a 30 anos; 4- Faixa etária de 31 a 40 anos; 5- Faixa etária de 41 a 50 anos; 6- Faixa etária de 51 a 60 anos; 7- Faixa etária de 61 a 70 anos; 8- Faixa etária de 71 a 80 anos; 9- Faixa etária de 81 a 90 anos; 10- Faixa etária maior que 90 anos.

	transitórios e síndromes correlatas												
E 148	Diabetes mellitus NE - com complicações NE	46	6,7	2	1	3	5	4	10	13	7	1	0
J 459	Asma NE	41	6,0	28	2	0	4	5	0	2	0	0	0
J 449	Doença pulmonar obstrutiva crônica NE	34	5,0	0	0	0	2	1	7	10	10	4	0
G 409	Epilepsia, NE	29	4,2	20	2	2	1	3	1	0	0	0	0
A 09	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	29	4,2	26	1	1	0	0	1	0	0	0	0
K 922	Hemorragia gastrointestinal, sem outra especificação	25	3,7	3	1	1	3	2	3	6	2	4	0
E 42	Kwashiorkor marasmático	22	3,2	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Demais morbidades		136	19,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

***NE- Não Especificada**
Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 6- Principais causas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e à faixa etária[4] de usuários procedentes de Manhuaçu, 2018. Brasil. (n=488)

CID	Descrição	N	%	Grupo de idades									
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N 390	Infecção do trato urinário de localização NE	60	12,3	8	12	14	11	3	4	3	2	1	2
I 509	Insuficiência cardíaca NE	58	11,9	0	0	0	4	2	7	15	12	16	2
A 09	Diarreia e gastroenterite	37	7,6	29	2	2	1	0	0	1	2	0	0

[4] 1- Faixa etária entre 0 e 10 anos; 2- Faixa etária de 11 a 20 anos; 3- Faixa etária de 21 a 30 anos; 4- Faixa etária de 31 a 40 anos; 5- Faixa etária de 41 a 50 anos; 6- Faixa etária de 51 a 60 anos; 7- Faixa etária de 61 a 70 anos; 8- Faixa etária de 71 a 80 anos; 9- Faixa etária de 81 a 90 anos; 10- Faixa etária maior que 90 anos.

	de origem infecciosa presumível												
A 46	Erisipela	31	6,3	1	3	3	0	2	6	9	5	2	0
N 118	Outras nefrites túbulo-intersticiais crônicas	28	5,8	6	9	7	1	0	2	1	2	0	0
J 068	Outras infecções agudas das vias aéreas superiores de localizações múltiplas	27	5,6	25	2	0	0	0	0	0	0	0	0
I 64	Acidente vascular cerebral, NE como hemorrágico ou isquêmico	26	5,2	0	0	0	1	2	7	2	9	5	0
I 500	Insuficiência cardíaca congestiva	18	3,6	0	0	0	0	0	2	4	9	2	1
I 200	Angina instável	15	3,1	1	0	0	0	2	6	2	3	1	0
A 509	Insuficiência cardíaca NE	14	2,9	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Demais morbidades		174	35,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

***NE- Não Especificada**
Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 7- Principais causas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e à faixa etária[5] de usuários procedentes de outros municípios, 1998. Brasil. (n=375)

CID	Descrição	N	%	Grupo de idades									
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A 085	Outras infecções intestinais especificadas	63	16,8	60	1	0	0	0	1	0	0	1	0
I 509	Insuficiência cardíaca não especificada	58	15,5	0	1	0	4	4	10	17	9	11	2

[5] 1- Faixa etária entre 0 e 10 anos; 2- Faixa etária de 11 a 20 anos; 3- Faixa etária de 21 a 30 anos; 4- Faixa etária de 31 a 40 anos; 5- Faixa etária de 41 a 50 anos; 6- Faixa etária de 51 a 60 anos; 7- Faixa etária de 61 a 70 anos; 8- Faixa etária de 71 a 80 anos; 9- Faixa etária de 81 a 90 anos; 10- Faixa etária maior que 90 anos.

G 458	Outros acidentes isquêmicos cerebrais transitórios e síndromes correlatas	50	13,3	0	0	2	7	5	10	13	8	5	0
K 922	Hemorragia gastrointestinal, sem outra especificação	24	6,4	2	1	5	2	4	5	3	1	1	0
E 148	Diabetes mellitus NE - com complicações NE	24	6,4	3	3	0	3	3	4	4	1	3	0
J 449	Doença pulmonar obstrutiva crônica NE	19	5,1	0	0	0	2	0	2	2	12	1	0
J 459	Asma NE	18	4,8	17	1	0	0	0	0	0	0	0	0
A 09	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	14	3,7	13	1	0	0	0	0	0	0	0	0
N 111	Pielonefrite obstrutiva crônica	11	2,9	0	0	1	1	3	1	3	2	0	0
E 42	Kwashiorkor marasmático	9	2,4	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Demais morbidades		85	22,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

***NE- Não Especificada**
Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 8- Principais causas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e â faixa etária[6] de usuários procedentes de outros municípios, 2018. Brasil. (n=562)

CID	Descrição	N	%	Grupo de idades									
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N 390	Infecção do trato urinário de localização NE	59	10,5	11	14	10	11	2	2	0	9	0	0

[6] 1- Faixa etária entre 0 e 10 anos; 2- Faixa etária de 11 a 20 anos; 3- Faixa etária de 21 a 30 anos; 4- Faixa etária de 31 a 40 anos; 5- Faixa etária de 41 a 50 anos; 6- Faixa etária de 51 a 60 anos; 7- Faixa etária de 61 a 70 anos; 8- Faixa etária de 71 a 80 anos; 9- Faixa etária de 81 a 90 anos; 10- Faixa etária maior que 90 anos.

I 64	Acidente vascular cerebral, NE como hemorrágico ou isquêmico	53	9,5	0	0	0	3	3	9	13	19	6	0
I 509	Insuficiência cardíaca NE	52	9,3	2	0	0	0	4	10	12	14	10	0
A 480	Gangrena gasosa	48	8,5	48	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A 490	Infecção estafilocócica de localização NE	42	7,5	42	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A 09	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	31	5,5	28	1	1	1	0	0	0	0	0	0
J 449	Doença pulmonar obstrutiva crônica NE	29	5,2	0	0	0	0	1	3	3	13	8	1
I 500	Insuficiência cardíaca congestiva	23	4,0	0	0	0	0	0	5	4	3	6	5
N 118	Outras nefrites túbulo-intersticiais crônicas	20	3,5	2	12	2	2	2	0	0	0	0	0
A 509	Sífilis congênita NE	19	3,3	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Demais morbidades		186	33,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

***NE- Não Especificada**

Fonte: Elaborado pelo autor

6 DISCUSSÃO

Observa-se que, em 1998, 66,7% da amostra foi por atendimento a homens na UPA de Manhuaçu e, em 2018, 59,9%, apesar da redução, prevalece o sexo masculino. A redução de 6,8% no atendimento de homens na UPA de Manhuaçu pode estar relacionado a ampliação da ESF no município de Manhuaçu.

Mas, a grande prevalência de homens em UPAs é uma realidade no Brasil tendo em vista que frequentam bem menos as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são responsáveis pelo controle de doenças crônicas e degenerativas que, uma vez não controladas são as grandes responsáveis pelas ICSAPs.

A baixa frequência de homens nas UBSs se dá por motivos culturais relacionados à prevenção de doenças, ao autocuidado e no plano financeiro, em função de que o horário de funcionamento das unidades básicas é conflitante com o horário de trabalho. Além disso, nos homens, por características de gênero, prevalece a vontade de resolver os problemas de saúde de forma mais rápida ou mesmo às pressas de se curar logo. Assim, os homens valorizam mais as ações curativas em detrimento das ações preventivas, realidade esta que guarda íntima relação com a cultura do papel social destinado aos homens na sociedade vistos enquanto trabalhadores e provedores da família (RIBEIRO, GOMES, MOREIRA, 2017), mesmo que essa realidade venha se modificando ao longo do tempo com a inserção da mulher no mercado de trabalho e provedoras da família.

Em 1998 dos 6.749 atendimentos 1.059 tiveram diagnósticos compatíveis com ICSAPs, segundo o CID10 sendo: 684 (10,1%) procedentes do município de Manhuaçu e 375 (5,6%) de outros municípios.

Em 2018 dos 9.5571.050 atendimentos tiveram diagnósticos compatíveis com ICSAPs, segundo o CID10 sendo: 488 (5,9%) procedentes do município de Manhuaçu e 562 (5,1%) de outros municípios.

Segundo dados do IBGE (2010), em 2000 a população de Manhuaçu era de 67.123 em 2010 era de 79.574, em 2017 (IGBE, 2017) a população estimada no município de Manhuaçu gira em torno 88.580 habitantes. Observa-se que de 2000 a 2017 o crescimento populacional foi de 21.457 habitantes justificando o aumento de 2.808 atendimentos na UPA em 10 anos.

A redução de 4,2% entre o ano de 1998 e 2018 nos atendimentos com diagnóstico compatível com ICSAPs procedentes do município de Manhuaçu pode estar associado à implantação e expansão da cobertura da ESF nesse município. Vale

ressaltar que, em 1999, o município contava com uma unidade e atualmente conta com 19.

A afirmativa de que a ampliação da ESF pode estar associado à redução de 4,2% das ICSAPs se apoia em outros estudos. Rosano et al (2013) apontam a relação positiva entre os indicadores de acesso à atenção primária à saúde e às hospitalizações por condições sensíveis e, evidenciam menores internações por essas condições em áreas com maior cobertura da atenção primária. Na região do Nordeste, os resultados foram semelhantes entre a população menor de cinco anos (MOURA, 2010).

A idade mediana dos atendimentos ocorridos ano de 1998 foi de 25,0±22,3 e em 2018 foi de 31,0±23,1. Esse dado sobre o aumento de 6,0 referente à média de idade nos atendimentos pode estar relacionado ao envelhecimento da população brasileira.

As UPAs na rede de atenção às urgências e emergências são unidades intermediárias entre a Atenção Básica e a Terciária que têm por finalidade a articulação e integração entre esses dois diferentes níveis de atenção à saúde, além de ter demandas próprias no atendimento de urgências que são aquelas que não se enquadram na Atenção Básica ou Terciária (KONDER; O'DWYER, 2015). Mas, como se observa nos resultados desse estudo, em 1998 a média de permanecia das internações na UPA de Manhuaçu foi de 5 dias e em 2018 foi de 4,43.

Essa é uma questão vivenciada no cotidiano das UPAs em todo território brasileiro que dependendo da organização dos serviços de Atenção Básica e Terciária, essa média de permanência tem grande variação que está intrinsicamente ligada à cobertura da ESF com amplo acesso à Atenção Básica e à oferta de leitos hospitalares nos municípios.

Como visto a média de permanência dos pacientes na UPA de Manhuaçu em 1998 e 2018 permaneceu sem alteração significativa, se mantendo em torno de 4,4 dias. A UPA de Manhuaçu é a porta de entrada para as internações hospitalares no Hospital César Leite. Esse hospital foi fundado em 1927 e em 1934 inicia seu funcionamento com 44 leitos. Atualmente, tem 217 sendo 155 para atendimento dos pacientes do SUS e 45 para conveniados e particulares. Por seu caráter regional das

8.253 internações em 2019, cerca de 45% dos usuários residiam no município de Manhuaçu, e cerca de 55% dos usuários do SUS residiam em outros municípios[7].

Assim, apesar da ampliação na oferta de leitos hospitalares e na cobertura da ESF a média de permanência na UPA de Manhuaçu se mantém. Esse é um fenômeno que provoca a distorção da finalidade das UPAs, mas é tão frequente que as equipes já começam a tratar com naturalidade sua ocorrência, passando a considerar como razoável que a permanência na UPA substitua uma internação hospitalar (O'DWYER et al., 2017). Assim, os pacientes são atendidos, recebem diagnósticos, é realizada a solicitação de leitos para internação hospitalar, quando não há disponibilidade de leitos, os pacientes são tratados e recebem alta das UPAs (KONDER; O'DWYER, 2019).

As tabelas 3 e 4 trazem informações sobre os municípios que historicamente vêm demandando atendimento na UPA de Manhuaçu. Observa-se que teve um aumento de 1.032 quando comparamos o número de atendimento de 1998 e 2018, questão com provável associação ao aumento populacional linear em todos os municípios brasileiros.

Dos 8 municípios que mais demandaram atendimento e ICSAPs na UPA de Manhuaçu observa-se que 5 municípios historicamente vêm demandando atendimento na UPA. Chama a atenção que o município de Simonésia prevalece como o município que mais demanda atendimento, independente do ano de avaliação. Já o município de Manhumirim que em 1998, compunha 3,7% do número de atendimentos, era o oitavo município entre aqueles que mais demandavam atendimento, em 2018, passando a representar 9,0% do número de atendimentos, passou a ocupar o segundo lugar no ranking.

Outro dado que chama a atenção nas tabelas 3 e 4 é que os municípios de Mutum, Lajinha e Santa Margarida aparecem em 2018, entre os oito avaliados, com frequência de demanda por atendimento na UPA e sem significância no ano de 1998.

Ao analisarmos os municípios que apresentam demanda para UPA Manhuaçu, quanto ao mais distante, Mutum, conta com Pronto Socorro Municipal e 10 ESFs,

[7] Informações retiradas do site do hospital em 19 de Abr. 2020. https://www.hospitalcesarleite.com.br/institucional-infraestrutura

quais sejam, Cantinho do Céu, Centenário, Humaitá, Imbiruçu, Morada da Chácara, Ocidente, Roseiral, Santa Rita, São Manoel e Vila Norberto[8].

Dessa forma fica claro que os 5 municípios que historicamente vêm demandando atendimento na UPA de Manhuaçu necessitam rever as estruturas, ou mesmo os processos de trabalho em sua rede de atenção primária.

Em 1998, as três principais causas de ICSAPs entre usuários de Manhuaçu foram por: infecções intestinais (21,1%) entre a população de 0 a 10 anos, seguido da Insuficiência cardíaca (15,6%) e os acidentes isquêmicos cerebrais transitórios (10,4%), todos na população de 61 a 70 anos.

Em 2018, a infecção no trato urinário (12,3%) entre a população de 21 a 30 anos, seguida da insuficiência cardíaca (11,9%) entre a polução de 81 a 90 anos e a gastroenterite de origem infecciosa (7,6%) entre a população de 0 a 10 anos.

Entre os usuários procedentes de outros municípios, observa-se que prevalecem as mesmas ICSAPs no ano de 1998. As infecções intestinais (16,8%) entre a população de 0 a 10 anos, seguido da Insuficiência cardíaca (15,5%) e acidentes isquêmicos cerebrais transitórios (13,3%), todos na população de 61 a 70 anos.

Em 2018 entre os usuários de outros municípios prevalecem à infecção no trato urinário (10,5%) entre a população de 11 a 20 anos, Acidente vascular cerebral (9,5%) entre e Insuficiência cardíaca (9,3%) entre a população entre 71 e 80 anos.

A mudança nas causas de ICSAPs na UPA de Manhuaçu entre os menores de 10 anos se modificou. Em 1998 a principal causa de ICSAP nessa população era a gastroenterite infecciosa, já em 2018 ela passa a ocupar o terceiro lugar nas causas de ICSAP indo de encontro aos resultados do estudo de Moura (2010). As justificativas da mudança no perfil epidemiológico das gastroenterites infecciosas guardam relação com as mudanças no perfil sociodemográfico das diversas populações, bem como pela efetividade da rede de serviços e expansão com melhoria na qualidade do serviço em saúde prestado na atenção primária. Dentre as melhorias destaca-se o incentivo ao aleitamento materno, vacinação, educação em saúde e efetivo acompanhamento dos menores de 5 anos pela ESF. Mas, a despeito dessas e outras medidas efetivas de baixa complexidade, as gastroenterites se mantêm com alta representatividade no

[8]Informações retiradas do site da Prefeitura de Mutum em 12 de Abr. 2020. https://mutum.mg.gov.br/secretaria-municipal-de-saude/

perfil de morbidade do brasileiro, especialmente entre as crianças menores de cinco anos.

Em 2018, observa-se que a infecção do trato urinário passa a ser a primeira causa de ICSAP na UPA de Manhuaçu entre a população de 21 a 30 anos reforçando os estudos de Lima (2017) e Rehem e Egry (2011) sobre as ICSAP que revelaram como segunda causa de ICSAP o grupo de infecção no rim e trato urinário na população adulta jovem.

A insuficiência cardíaca aparece como a segunda causa de ICSAP na UPA de Manhuaçu entre a população entre 81 a 90 anos, independente do ano avaliado. Realidade similar à encontrada no Brasil muito em função da prevalência da hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus reconhecidos como os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e por sua relação com a morbimortalidade, principalmente entre a população idosa (FRANCISCO, 2018).

No que se refere à correlação expansão na cobertura da ESF/redução nas ICSAP, conforme as tabelas 3 e 4 observar-se que houve redução da associação significativa entre a variável “Residentes em Manhuaçu” e ICSAP, ao mesmo tempo em que houve aumento do número de pacientes provenientes dos municípios circunvizinhos, tabelas 5 e 6. Tal fenômeno se deve à expansão na cobertura da ESF no município de Manhuaçu, haja vista que, no ano de 1999, o município contava apenas com uma única Unidade, no bairro Engenho da Serra; já no ano de 2018, constam 19 Unidades. Tal fato está em harmonia com os estudos realizados por Junior et al (2018), o qual contempla a expansão na cobertura da ESF associada à redução nas ICSAP.

Pontua-se como limitação do presente a utilização da ferramenta TABNET que começou a ser disponibilizada no ano de 1992. Os dados do período inicial em 1998 foram escolhidos a partir das informações disponíveis. Ressalta-se que até 1997 os dados eram informados por meio da Classificação Internacional de Doenças - CID - 9, que anteriormente era feita apenas por números. Mesmo assim, acredita-se que os dados podem aproximar da realidade do ano inicial do estudo em função de que a partir de 1998, ano inicial do estudo, passou-se a ser adotado o CID -10.

7. CONCLUSÃO

Estudar as ICSAPs em Unidade de Pronto Atendimento do município de Manhuaçu é uma forma de avaliar, também, a capacidade de resolução por parte da Atenção Primária no município, pois as ICSAPs vêm sendo um indicador importante e utilizado para avaliar os serviços de saúde e a capacidade de resolução por parte da Atenção Primária no Brasil.

Apesar da limitação na utilização da ferramenta para a coleta dos dados referentes ao ano de 1998, acredita-se que as fontes e método utilizados atenderam ao alcance dos objetivos propostos.

Os principais resultados apontam que não houve alteração quanto ao perfil demográfico (idade e sexo) dos usuários entre os anos de 1998 e 2018. Mas, as alterações no perfil epidemiológico das causas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária certamente estão correlacionadas à expansão na cobertura da Estratégia da Saúde da Família no município uma vez que reduziu pela metade as ICSAPs dos usuários residentes no Município.

Quanto à média de permanência na UPA, observa-se que não houve significância entre os anos em estudo, mesmo com expansão da cobertura de ESF e aumento na oferta de leitos hospitalares. Mas, esse é um fenômeno, que observado na realidade brasileira, que provoca distorção da finalidade das UPAs e a sua ocorrência passa e ser considerada como normal, ou seja, as internações em UPAs passam a substituir as internações em unidades hospitalares.

Quanto aos 5 municípios que historicamente vêm demandando atendimento na UPA de Manhuaçu, fica evidente a necessidade de revisão, tanto na cobertura enquanto nos processos de trabalho de trabalho da ESF nesses municípios.

8. REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P.F.; DOURADO, I.; 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 Publica**, Rio de Janeiro, v. 25, n.6, p. 1337-1349, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 dez. 2019.

AMORIM, D. N.; CHIARELLO, M.D.; VIANNA, L.G.; et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária de idosos no Brasil, 2003 a 2012. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 2, p.576-583, 2017. DOI: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201712.

AQUINO R. O. N.; OLIVEIRA, N.F.; BARRETO, M.L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **Am J Public Health**, v. 99, n.1, p. 87-93, 2009. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636620/.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 221, de 17 de abril de 2008.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html. Acesso em: 01 jan. 2020.

CAETANO R. D. S. O programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v.12, n. 1, p. 11-21, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312002000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 jan. 2020.

CAMPOS FE, A. R. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. **Physis**, Rio de Janeiro, v.12, n. 1, p. 47-58, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312002000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2020.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 845-855, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 jan. 2020.

CAPUCCI, P. Financiamento para atenção básica à saúde no Brasil: avanços e desafios. **J Manag Prim Heal Care**, v. 5, n. 1, p. 127-128, 2014. Disponível em: http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/206. Acesso em: 15 fev. 2020.

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**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1289-1296, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401289&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 fev. 2020.

FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 13-33, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 fev. 2020.

FRANCISCO, P. M. S. B.; SEGRI, N.J.; BORIM, F.S.A.; MALTA, D.C. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3829-3840, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103829&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 mar. 2020.

FREIRE, A. B.; FERNANDES, D.L.; MORO, J.S.; et al. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? **Revista Saúde,** Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 195-200, 2015. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/15061/pdf.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil, 2010 Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8. Acesso em: 19 out. 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil, 2017 Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8. Acesso em: 19 out. 2019.

JUNIOR, E. P. P.; AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; SILVA, M.G.C. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, e00133816, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 out. 2019.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As unidades de pronto-atendimento na política nacional de atenção às urgências. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 525-545, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200525&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 out. 2019.

KONDER, M.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. e290203, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000200601&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 set. 2019.

LIMA, R. C.D.S.M.; GAMA, M. E. A.; LIMA, R.D.S.M. Condições Sensíveis à Atenção Primária em Hospital de referência pediátrica no Maranhão. **Revista de Pesquisa em Saúde**, São Luís, v. 18, n.2, p. 97-101, 2017. Disponível em: http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/5744/5198#

MALTA, D. C. SILVA, M.M.A.; ALBUQUERQUE, G.M.; et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014.

Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4301-4312, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4301.pdf. Acesso em: 08 set. 2019.

MORIMOTO, T.; COSTA, J. S. D. Hospitalization for primary care susceptible conditions, health spending and Family Health Strategy: an analysis of trends. . **Ciencia & saude coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 891-900, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300891&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 set. 2019.

MOURA, B. L. A.; CUNHA, R.C.; AQUINO, R.; et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, supl. 1, p. s83-s91, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 set. 2019.

PEREIRA, F. J. Perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras. . **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1008-1017, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jan 2020.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4755-4756, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2020.

RIBEIRO, C. R.; GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 41-60, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000100041&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 out. 2019.

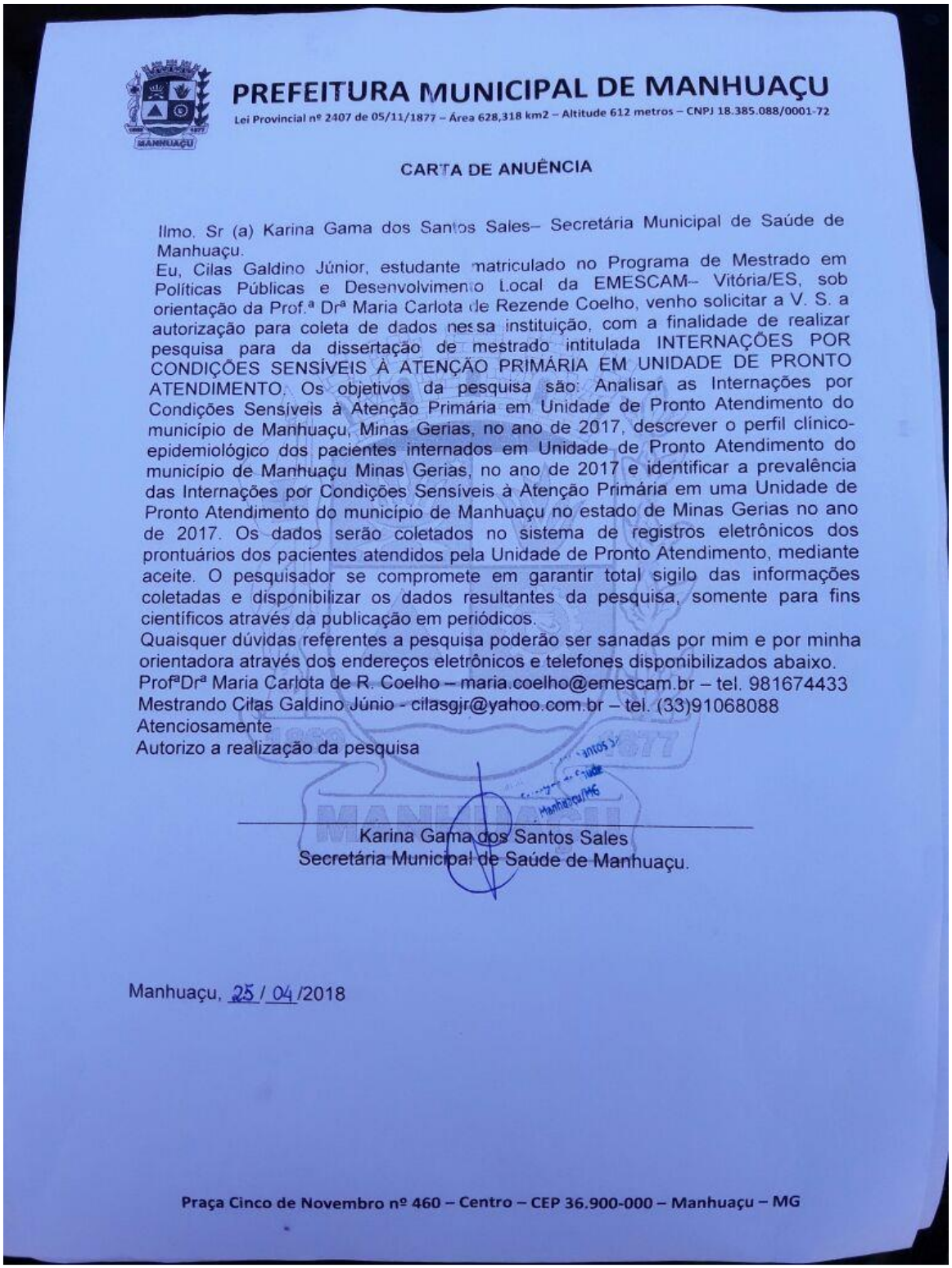
ROSANO, A.; LOHA, C. A.; FALVO, R .; et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. **Eur J Public Health**, v. 23, n. 3, p. 356-360. 2013. Disponível em: https://academic.oup.com/eurpub/article/23/3/356/539819.

SILVA, J. S.;SANTO, E. E; OLIVEIRA, T. A. Distribuição das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), na região nordeste do Brasil. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 11, n. 9, p. 123-142, 2017. Disponível em: https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/782/465.

UCHIMURA, L. Y.; VIANA, A.L.D.; SILVA, H.P.; IBAÑEZ, N. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná.

Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 972-983, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00972.pdf.

APENDICE I



PREFEITURA MUNICIPAL DE MANHUAÇU

Lei Provincial nº 2407 de 05/11/1877 – Área 628,318 km2 – Altitude 612 metros – CNPJ 18.385.088/0001-72

CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo. Sr (a) Karina Gama dos Santos Sales– Secretária Municipal de Saúde de Manhuaçu.

Eu, Cilas Galdino Júnior, estudante matriculado no Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM– Vitória/ES, sob orientação da Prof.ª Drª Maria Carlota de Rezende Coelho, venho solicitar a V. S. a autorização para coleta de dados nessa instituição, com a finalidade de realizar pesquisa para da dissertação de mestrado intitulada INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Os objetivos da pesquisa são: Analisar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Unidade de Pronto Atendimento do município de Manhuaçu, Minas Gerias, no ano de 2017, descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados em Unidade de Pronto Atendimento do município de Manhuaçu Minas Gerias, no ano de 2017 e identificar a prevalência das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma Unidade de Pronto Atendimento do município de Manhuaçu no estado de Minas Gerias no ano de 2017. Os dados serão coletados no sistema de registros eletrônicos dos prontuários dos pacientes atendidos pela Unidade de Pronto Atendimento, mediante aceite. O pesquisador se compromete em garantir total sigilo das informações coletadas e disponibilizar os dados resultantes da pesquisa, somente para fins científicos através da publicação em periódicos.

Quaisquer dúvidas referentes a pesquisa poderão ser sanadas por mim e por minha orientadora através dos endereços eletrônicos e telefones disponibilizados abaixo.

ProfªDrª Maria Carlota de R. Coelho – maria.coelho@emescam.br – tel. 981674433

Mestrando Cilas Galdino Júnio - cilasgjr@yahoo.com.br – tel. (33)91068088

Atenciosamente

Autorizo a realização da pesquisa

Karina Gama dos Santos Sales
Secretária Municipal de Saúde de Manhuaçu.

Manhuaçu, 25 / 04 /2018

Praça Cinco de Novembro nº 460 – Centro – CEP 36.900-000 – Manhuaçu – MG

ANEXO I

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Internações por condições sensíveis à atenção primária em unidade de pronto atendimento.
Pesquisador: CILAS GALDINO JUNIOR
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 89358218.0.0000.5065
Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.992.310

Apresentação do Projeto:
Projeto relacionado ao Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM. O pesquisador propõe estudo quantitativo, transversal descritivo, retrospectivo, para verificar se as internações por 48 horas ou mais na UPA de Manhuaçu/MG, em 2017, são Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).
A taxa de ICSAP na população é um indicador de qualidade da atenção primária, pois ICSAP são internações por doenças em princípio evitáveis pela atuação da atenção primária. Um exemplo de ICSAP são as internações por AVC, doença que não ocorreria se houvesse efetividade das ações de prevenção primária contra hipertensão arterial.
A pesquisa tem como unidade de observação as internações (5000) e as fontes de dados descritas no projeto são:
- Tabnet (dados sociodemográficos - sexo, idade, município, número do registro de atendimento no serviço, queixa do paciente à admissão, fluxograma escolhido para proceder à classificação e prioridade de atendimento atribuída ao usuário a partir da classificação);
- Fichas de atendimento da UPA, se necessário (sinais vitais, exame físico, diagnóstico/CID, exames complementares, procedimentos realizados e encaminhamento);
- Documentos da Secretaria Municipal de Saúde com informações sobre a organização do serviço.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br