



RO



**AVALIAÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO
PRIMÁRIA DE ADULTOS E IDOSOS RESIDENTES EM MACAÉ, NO PERÍODO
DE 2007-2012: INDICADOR DE ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

ROGÉRIO PINTO DE AGUIAR

MACAÉ
NOVEMBRO DE 2014

ROGÉRIO PINTO DE AGUIAR

Título: Avaliação das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de Adultos e Idosos residentes em Macaé, no Período 2007-2012: Indicador de Acesso e Qualidade da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde.

Monografia apresentada ao Curso de Farmácia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – *Campus* Macaé como requisito para obtenção do título de farmacêutico.

Orientadora: Daniele Maria de Sousa
Sério dos Santos

MACAÉ
NOVEMBRO DE 2014

CIP - Catalogação na Publicação

A282a Aguiar, Rogério Pinto de
Avaliação das internações por condições sensíveis à atenção primária de adultos e idosos residentes em Macaé, no período de 2007-2012: indicador de acesso e qualidade da atenção primária no sistema único de saúde / Rogério Pinto de Aguiar. -- Rio de Janeiro, 2014.
71 f.

Orientador: Daniele Maria de Sousa Sérgio dos Santos.
Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Farmácia, 2014.

1. Internações por condições sensíveis à atenção primária. 2. Adultos e idosos. I. Santos, Daniele Maria de Sousa Sérgio dos, orient. II. Título.

Dedico este trabalho aos meus pais
M^a Lúcia Pinto de Aguiar (*in
memoriam*) e Décio Gomes de
Aguiar, que tanto contribuíram para
minha formação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, razão da vida e autor de cada chamado à construção de um mundo melhor.

À minha família pelo apoio incondicional, pois nunca deixou de acompanhar meus passos.

À minha orientadora Dra. Daniele Maria de Sousa Sérgio dos Santos, pelas valiosas orientações, paciência e cuidado, sem os quais não seria possível concluir este trabalho.

Aos meus amigos e professores do curso de Farmácia-UFRJ Macaé, pela caminhada compartilhada.

Aos meus amigos Ana Cristina Moreira Daumas e Ademir Paes Gonzaga pelo incentivo e presença.

Aos funcionários do Hospital Público de Macaé (HPM) e UFRJ- Macaé pela paciência e colaboração na coleta de dados.

LISTA DE QUADROS

1 - Indicadores utilizados na pesquisa e respectivas fórmulas.....	30
--------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

1 - Descrição das ICSAP mais prevalentes (valores absolutos) entre adultos e idosos residentes no município de Macaé–RJ, segundo sexo e bairro, no período de 2007-2012.....	34
2 - Distribuição das ICSAP dos pacientes residentes no município de Macaé dos bairros que apresentaram 50% de todas as internações, no período 2007-2012.....	39
3 - Taxa de ICSAP (Nº de ICSAP/100 hab.) dos pacientes residentes nos bairros mais prevalentes do município de Macaé-RJ, no período 2007-2012...41	
4 - Descrição de pacientes internados por HAS e/ou DM cujos prontuários apresentavam ou não informações acerca de medicamentos em uso.....	48
5 - Nº de pacientes internados por HAS e DM com respectivos medicamentos utilizados antes das internações e sua codificação ATC (<i>Anatomical Therapeutic Chemical</i>).....	49
6 - Medicamentos para HAS comercializados no Brasil e medicamentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Macaé estão (sublinhados).....	50
7 - Características terapêuticas dos antidiabéticos orais disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Macaé.....	54

LISTA DE FIGURAS

1 - Mapas das ICSAP de pacientes provenientes dos bairros mais prevalentes nos anos 2007 e 2008.....	42
2 - Mapas das ICSAP de pacientes provenientes dos bairros mais prevalentes nos anos 2009 e 2010.....	43
3 - Mapas das ICSAP de pacientes provenientes dos bairros mais prevalentes nos anos 2011 e 2012.....	44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ADOs – Antidiabéticos Orais
AF – Assistência Farmacêutica
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APS – Atenção Primária à Saúde
ASS – Ácido Acetilsalicílico
CEME – Central de Medicamentos
CONEP - Conselho Nacional de Ética
CID – Código Internacional de Doenças
CSAA – Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial
CSAP – Condições Sensíveis à Atenção Primária
DATASUS - Departamento de Informática do SUS
DM – *Diabetes mellitus*
ESF – Estratégia Saúde da Família
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HPM – Hospital Público de Macaé
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC – Insuficiência Cardíaca Digestiva
ICSAP – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IDF – Federação Internacional de Diabetes
ITU – Infecção do Trato Urinário
MS – Ministério da Saúde
NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NPH – Protamina Neutra de Hagedorn
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-americana da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PA – Pressão Arterial
PNM – Política Nacional de Medicamentos
PSF – Programa Saúde da Família
REMUME – Relação Municipal de Medicamentos

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos

REESME – Relação Estadual de Medicamentos

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UI – Unidade Internacional

UNICEF – Fundo das Nações Unidas Para a Infância

Sumário

1	Introdução	12
2	Objetivos	26
2.1	Objetivo geral	26
2.2	Objetivos específicos	27
3	Justificativa	27
4	Método	28
4.1	Tipo de estudo	28
4.2	População	28
4.3	Local de estudo	29
4.4	Variáveis e indicadores.....	29
4.7	Fonte e coleta de dados.....	30
4.8	Processamento e análise de dados	31
5	Resultados e discussão	22
6	Conclusão	46
7	Referências bibliográficas	58

RESUMO

As Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) representam um conjunto de problemas de saúde os quais a efetiva ação da Atenção Primária diminuiria o risco de internações. O presente estudo busca aplicar o indicador “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária” às internações de residentes, adultos e idosos no Sistema Único de Saúde, no município de Macaé-RJ, entre 2007 e 2012. A população estudada foi composta de pacientes internados no Hospital Público de Macaé, com idade de 18 a 79 anos completos e caracterizada segundo sexo, faixa etária e bairro. Considerando a importância dos medicamentos como elementos do cuidado à saúde, foi realizada a análise do seu uso antes das internações. A população avaliada foi a de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e *Diabetes mellitus* (DM), doenças consideradas crônicas, internados no período de 2011-2012. Os resultados gerais apontaram que no período de 2007-2012 foram internadas 3440 pessoas por CSAP, entre adultos e idosos, totalizando 29.405 dias de internação, sendo o tempo médio de internação por pessoa de 8,7 dias. As mulheres representaram a maioria das internações (53,7%). A idade média do grupo geral foi 49 anos. Em relação às doenças, as condições mais prevalentes foram: pneumonias (621; 15,3%), Infecção do Trato Urinário (ITU) (583; 14,4%), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (519; 12,8%), Doenças Cerebrovasculares (474; 11,7%) e *Diabetes mellitus* (348; 8,6%) que juntas somavam mais de 70% das internações por CSAP.

A maioria dos pacientes internados por HAS (60,3%) traziam informação sobre os medicamentos em uso. Todos os medicamentos constavam na lista de medicamentos disponibilizados até 2011 pela Secretaria Municipal de Saúde. Verificou-se a ocorrência de polifarmácia em 22,2% dos prontuários. Os dados podem indicar o nível de adesão dos pacientes ao tratamento ambulatorial e sua relação com as internações. Os resultados encontrados permitirão a reflexão e direcionamento de futuros estudos bem como medidas de intervenção nos serviços de AB disponibilizados à população no município.

Palavras-chaves: Atenção Primária; Internações por condições sensíveis à atenção primária; adultos e idosos.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Conceito de Saúde

A busca da saúde, hoje entendida no seu aspecto amplo, é algo que remonta séculos. Saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. A saúde é um interesse explícito ou implícito de todo ser humano, pois é um bem desejado por todos ao longo da vida. Tem um caráter existencial à medida que diz respeito à nossa disposição primeira e mais imediata na vida. Assim, pensar sobre a saúde não está sob domínio exclusivo da ciência e dos profissionais da área, mas pertence ao âmbito existencial e moral (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Numa das tentativas de abordagem, a saúde tem como seu principal escopo a definição dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1948, como “o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não somente a ausência de doenças”. Saúde seria, portanto, uma condição ideal dependente de vários fatores. O bem-estar, inserido neste conceito, remete à satisfação das necessidades conscientes ou inconscientes, naturais ou psicossociais. A rigor, para ser considerado saudável, o homem teria todas as suas necessidades satisfeitas, sejam elas quais forem. Considerando que, de acordo com sua condição individual e cultural, os homens criam sempre novas necessidades, a citada definição foi considerada por muitos utópica (BERMUDEZ-TAMAYO *et al.*, 2004). A amplitude desta concepção de saúde suscitou críticas, algumas de natureza técnica (saúde como algo ideal, inatingível, como objetivo distante dos serviços de saúde) e política (saúde sujeita às falhas do Estado)(DEJOURS, 1986).

No final do século XX, a OMS trouxe uma nova concepção de saúde: “*É a medida em que o indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de se adaptar ao meio-ambiente*” (BILLINGS, 1993). Este conceito suscitava a ideia de que o estado de saúde das pessoas dependeria da estrutura genética e da evolução, bem como da alocação de recursos em setores como educação, alimentação, infraestrutura sanitária e habitacional. Ele dependeria também do nível de atenção médica, dos incentivos ao trabalho, da

promoção ao estilo de vida saudável com atividades de lazer, dos cuidados com o meio ambiente, da intervenção da ciência e da tecnologia, entre outros fatores.

Portanto, a saúde é vista como um recurso para a vida cotidiana e não o objetivo dela. Contudo, neste conceito percebe-se ainda a dependência não só dos fatores biológicos, como de outros, relacionados ao ambiente em que o indivíduo vive.

De acordo com uma visão mais ampla, o conceito de saúde é dinâmico, multidimensional, qualitativo e evolutivo, pois significa qualidade de vida. Evoca os potenciais de realização humana em suas esferas fisiológicas, psíquicas e espirituais e inclui o entendimento dos processos e condições que propiciam aos seres humanos, em seus vários níveis de existência e organização (pessoal, familiar e comunitária), atingir certos objetivos, realizações ou ciclos virtuosos de vida embutidos na cultura e nos valores das sociedades e seus vários grupos sociais, sendo objeto de permanente negociação e eventuais conflitos dentro da sociedade, dependendo de como os valores e interesses se relacionam nas estruturas de poder e distribuição de recursos existentes. Os recursos sociais são determinantes na qualidade de vida dos indivíduos e comunidades (BRASIL, 2004). A disparidade na distribuição de recursos pode provocar a desigualdade nas condições de saúde entre as classes sociais, o que conseqüentemente resulta em diferenças na expectativa e qualidade de vida dos indivíduos.

Um fator essencial para que sejam proporcionadas melhores condições de saúde à população é um eficaz acesso aos serviços de saúde, pois este é um elemento fundamental que influencia o estado de saúde do indivíduo e da coletividade. O sucesso desses serviços está fundamentado na qualidade do atendimento, na disponibilização de medicamentos e recursos que visem o tratamento integral, bem como no acompanhamento clínico cuidadoso. O fato é que a soma de todos os diferentes aspectos não é capaz de apreender a totalidade do que chamamos saúde. Soma-se a isso o fato de que muitas das práticas médicas atuais não têm uma visão integral da saúde, o que resulta num sistema estruturado na fragmentação, com especialidades cada vez mais delimitadas.

No âmbito das coletividades, a saúde coletiva é definida como o campo de conhecimento e de práticas organizadas institucionalmente e orientadas à promoção

da saúde das populações (BRASIL, 1998). A Epidemiologia surge como um instrumento de investigação útil para avaliar a assistência prestada aos usuários nos serviços de saúde, entre outras funções a ela pertencentes. A reorientação das práticas de saúde deve ser precedida por uma nova visão que fundamente as políticas de saúde.

1.2 A Saúde Pública e o Sistema Único de Saúde (SUS)

No Brasil, nas décadas de 1970 e 1980, a mobilização participativa de sujeitos envolvidos em uma diversidade de campos ou lugares, num processo de mudança da relação Estado-sociedade, resultou em uma nova Constituição, que deu origem também à reformulação das políticas de saúde. A mudança de contexto se iniciou com a realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, em 1979. Nesse evento o pensamento crítico oposicionista-reformista aponta a crise do sistema de saúde do país, bem como a necessidade de democratização da sociedade, como requisito de sua superação. É a primeira vez que se apresenta, de forma “*pública, extensa e bastante consensual*”, a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) (RODRIGUEZ NETO, 1988).

A trajetória complexa de lutas, negociações, arranjos políticos, com crescente participação comunitária e popular, originou um movimento de reforma sanitária sem precedentes no âmbito da saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, é um marco histórico da mobilização instituinte da área da saúde, de reafirmação do princípio de participação e controle social, na direção da democratização do Estado. As propostas aí elaboradas são transformadas em lei em 1988, por meio da nova Constituição. Nela a conquista do direito à saúde com controle social, originou o marco legal do SUS como um sistema universal, descentralizado e participativo, voltado para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. O SUS é permeado pelos princípios filosóficos da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1997). Constituiu-se como uma tentativa de romper historicamente a dicotomia entre ações de natureza curativa e

ações de natureza preventiva, realizadas pelo Ministério da Saúde e da Previdência, respectivamente.

De modo geral, as ações nos sistemas de serviços de saúde devem ter como objetivos principais otimizar a saúde por meio do conhecimento sobre as causas, o controle e os subsídios para levar a população à plenitude da saúde e a minimização das diferenças sociais em relação ao acesso aos seus serviços (HARTZ, 1997). Ao garantir o acesso, espera-se que os serviços de saúde oferecidos pelo SUS se constituam efetivamente como a primeira escolha da população para resolução de seus problemas de saúde (PAIM *et al.*, 2011).

No entanto, o SUS tem apresentado inúmeros dilemas no seu processo de implantação. Ainda são observados sérios problemas de financiamento, resistência à descentralização e desequilíbrio organizacional (BRASIL, 1997). Como sistema em constante construção, enfrenta desafios de toda ordem, entre eles, a quebra de paradigmas do atendimento ao episódio agudo, da cura para o cuidado contínuo às condições crônicas, da atenção à saúde com o envolvimento do cidadão e da sociedade. Um sistema de saúde precisa cuidar das pessoas para que elas não adoçam e não apenas cuidar de doentes e combater doenças (REHEM, 2011).

Nesse contexto, a atenção primária é um recurso técnico e estratégico para reorientar os sistemas de saúde. As evidências demonstram que os sistemas de saúde que têm como base a Atenção Primária à Saúde (APS), têm resultados sanitários mais efetivos (MACINKO *et al.*, 2011)

1.3 Atenção Primária à Saúde (APS)

A moderna concepção de APS surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson que preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino. Esse documento descreveu as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles e representa o texto fundante da regionalização dos sistemas de atenção

à saúde organizados em bases populacionais, tendo influenciado a organização desses sistemas em vários países do mundo (REHEM, 2011).

O termo original “atenção primária à saúde” vem recebendo definições variadas, ao longo do tempo, em função da interpretação e da abrangência da APS nos diversos países (MENDES, 2009). Tarimo e Webster (1997) destacam a polaridade entre duas interpretações. A primeira concebe a APS como um nível de atenção hierarquicamente constituído de serviços de saúde com várias atividades desenvolvidas na interface profissional de saúde/indivíduos. A APS estaria subordinada ao sistema de serviços médicos, ou seja, seria uma prática medicinal específica. Essa concepção limita o significado da APS a uma noção técnica administrativa ou a uma ideia de como deve ser o contato de um indivíduo com o sistema de saúde e seu trânsito pelo mesmo (MALTA & DUARTE, 2007). Nos Estados Unidos, após a crise capitalista na década de 30, a APS surgiu a partir da crise da medicina tradicional. Essa nova concepção denominada medicina preventiva, que se difundiu para outros países, ganhou força na América Latina a partir da década de 70, quando ocorreu a institucionalização de programas nessa linha (IBAÑEZ *et al.*, 2006).

A outra interpretação vê a APS como uma abordagem dos problemas de saúde (MEDRONHO, 2010).

Segundo os autores, a APS poderia ser dividida em quatro princípios básicos: a) Acesso universal e cobertura de acordo com as necessidades; b) Envolvimento individual e comunitário; c) Ações intersetoriais em prol da saúde e d) Uso de tecnologia apropriada e custo-efetiva (MALTA & DUARTE, 2007).

A Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF) de 6 a 12 de setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata (hoje Almaty, Cazaquistão) ocorria paralelamente à crise nos EUA e resultou na notória Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978). Esta foi interpretada de várias formas por autoridades dos países, sendo resumida como:

-Um grupo determinado de atividades, voltadas para as maiores necessidades da população, principalmente em saúde materno-infantil e enfermidades infectocontagiosas;

-Um nível de atenção que possua médicos gerais, cujo atendimento seja a porta de entrada para o sistema de saúde;

-Uma estratégia de organização do sistema em saúde, envolvendo acessibilidade, adequação às necessidades, integração entre os componentes do sistema, participação da comunidade, economia e colaboração intersetorial;

-Uma filosofia, envolvendo a equidade, a responsabilização pela própria saúde, a solidariedade internacional e a aceitação do conceito mais amplo de saúde (VUORI, 1984).

Em reconhecimento às difíceis realidades sociais e de saúde na maioria dos países, a OMS lançou princípios para a construção deste ideário. Este conjunto de princípios é conhecido como *Carta Liubliana*. Elaborada pelos membros europeus da OMS e lançada na Eslovênia, este documento enfatiza a importância de outros atores além dos serviços de saúde, alertando que a articulação com os outros setores responsáveis pelo bem-estar da população é essencial para a consolidação das reformas do setor. A carta propõe que os sistemas de saúde sejam orientados pelos valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional e que sejam direcionados para a proteção e promoção da saúde e centrados nas pessoas. Que os sistemas tenham como foco a qualidade, incluindo a relação custo-efetividade, sejam fundamentados em um financiamento sustentável, permitindo a universalidade da cobertura e acessibilidade equitativa e sejam direcionados para a atenção primária (BRASIL, 2007).

Para que isso fosse colocado em prática, era necessária uma adequação segundo as condições econômicas, socioculturais e políticas da região. Foram estabelecidos os chamados oito elementos essenciais da APS: educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outros frequentes agravos à saúde e provisão de medicamentos essenciais. Outro ponto que deveria ser desenvolvido era a integração entre o setor de saúde e os demais, como por exemplo, agricultura e indústria (OPAS, 2005).

Decorrente das discussões, a APS é vista como atenção essencial à saúde baseada na *“tecnologia e métodos práticos cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias*

na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, em espírito de autoresponsabilidade e autodeterminação” (PAIM et al., 2011).

Devido à possibilidade de interpretação e adaptação da APS em cada país, houve discordância sobre a abrangência da aplicação da APS em realidades sociais tão distintas. Nos países em desenvolvimento, se interpretou a APS como uma atenção seletiva para populações carentes que não tinham acesso aos serviços de saúde. No caso dos países desenvolvidos, a maioria deles já dispunha de uma organização dos sistemas de saúde que alcançara as características de APS. A meta decorrente da Conferência de Alma-Ata serviu para maior reflexão e para consolidar suas reformas sanitárias, mantendo suas especificidades nacionais (STARFIELD, 2003; VIEIRA, 1993).

Apesar das diferentes interpretações há um consenso de que a APS é parte integrante do sistema de saúde de um país, do qual é função central, tendo como enfoque principal o desenvolvimento social e econômico global da comunidade. A APS oferece serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, tendo como objetivo a plenitude de saúde do indivíduo. O sistema de saúde teria a APS como a entrada, o nível de acesso da população ao sistema. Por meio dela, todas as novas necessidades e problemas seriam identificados e atendidos, em integração com outros serviços de saúde.

No Brasil, a APS foi implantada com o propósito de ser porta de entrada do sistema sem o caráter de focalização na parcela mais pobre da população. Aqui foi adotada a terminologia Atenção Básica (AB) em detrimento à atenção primária (BRASIL, 2007).

No Brasil, a trajetória da AB passa pelo Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, cuja concepção do processo saúde-doença era holística e estabelecia uma relação de vínculo-responsabilização com os usuários do serviço. O programa se caracterizava pelo perfil generalista dos profissionais que compunham as equipes mínimas (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde). A implantação do PSF visou provocar mudanças no modelo de assistência, o que significava romper com o comportamento passivo das UBS e estender as ações junto à comunidade (SOUZA, 2002). O processo de

descentralização política do SUS por meio do PSF demonstra o papel indutor do nível central ao transferir a responsabilidade pela execução da AB aos municípios.

O recente tratamento dado à Saúde da Família pelo MS levou à ruptura com a abordagem de programa (verticalizado, transitório), passando a adotar a denominação Estratégia Saúde da Família (ESF), mais ampla que o programa. O ESF é um modelo de Atenção Básica que busca a reorganização do SUS, visando o cumprimento dos seus princípios. O intuito da ESF é melhorar o acesso e a qualidade da AB em todo o país. Reúne importantes atores políticos e técnicos e se constitui numa proposta transformadora para a organização dos sistemas municipais de saúde. Essa estratégia busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos no que se refere à avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde; à oferta, acesso e uso de serviços de saúde e à redução da mortalidade infantil. A ESF, com uma nova composição da equipe de saúde e com um processo de trabalho diferente, vem sendo adotada de forma crescente no país, atuando de forma mais ágil em municípios de pequeno e médio portes (PICCINI *et al.*, 2006).

Segundo dados do MS e IBGE (Agosto, 2014), o número de unidades da ESF a ser atingido em Macaé (teto) era 109 unidades, porém o número de unidades implantadas foi de 25 unidades, o que equivale a 22,94% do teto. A estimativa da população atendida foi de 86.250 habitantes, o que equivale a 39,57% da população do município (217.951 habitantes).

Em contrapartida, um problema que vem tomando proporções consideráveis é o crescimento da atenção especializada, resultado do nível de especialização da medicina, que exige recursos e tecnologias mais caras para a manutenção da vida do paciente, fazendo diminuir os investimentos em recursos para programas promoção da saúde e de prevenção às doenças mais comuns. A atenção médica eficaz não deve estar limitada ao tratamento de uma enfermidade em si, mas, deveria considerar todo o contexto em que a doença se manifesta e o ambiente em que o paciente vive, além da ocorrência de problemas de saúde em seu histórico clínico (STARFIELD, 2004).

Como foi visto anteriormente, o SUS e seus movimentos de reorganização vêm encontrando, ao longo do tempo, diversos desafios complexos para sua

implantação. A AB com a atual ESF e sua proposta reestruturadora, ainda não alcança toda a população, o que resulta em índices elevados de hospitalização devido ao agravamento de algumas condições de saúde. Muitas doenças causadoras dessas internações são classificadas como evitáveis, pois se o acesso aos serviços de saúde e a efetividade da AB fossem efetivos, a necessidade de internação seria menor ou em alguns casos, inexistente. Estas doenças, cujas internações seriam evitáveis, são denominadas Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP).

Além disso, nos dias atuais, o país, com toda sua diversidade, passa por mudanças em seu perfil epidemiológico e demográfico, o que influencia diretamente o perfil da demanda pelos serviços de saúde.

1.4 Indicadores em saúde: As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)

As CSAP ou Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA), do inglês “Ambulatory Care Sensitive Conditions” englobam também as doenças infecciosas preveníveis por meio de imunização (sarampo, tétano e difteria, entre outras), aquelas cujas complicações podem ser atenuadas por meio de diagnóstico e tratamento precoces (ex.: gastroenterites). Como antes citado, essas condições são “um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações” (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Medidas como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas, entre outras, resultam na redução das internações hospitalares por esses problemas.

As ICSAP se transformaram num instrumento valioso para o monitoramento do acesso aos serviços e para a avaliação da qualidade da atenção primária à saúde.

A lista de diagnósticos considerados CSAP existente não se adaptava à realidade brasileira, pois havia necessidade de considerar a adição de um número maior de doenças infectocontagiosas (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). Portanto, era

necessária a elaboração de uma lista adequada à realidade nacional. O Ministério da Saúde publicou, então, em 2008, a primeira lista brasileira de ICSAP, reconhecendo que esta poderia contribuir para avaliar a AP no país e comparar o desempenho, seja de municípios, estados ou por períodos (BRASIL, 2008). A validade do indicador é garantida, entre outros fatores, pela seleção das causas consideradas CSAP (CAMINAL *et al.*, 2004).

O interesse pelo tema se justifica não apenas pela óbvia importância de se testar a possibilidade de análise deste tipo de indicador no contexto atual em que a APS é um dos pilares da política de saúde, mas também pelas grandes transformações que vêm ocorrendo no perfil epidemiológico e demográfico do país (REHEM, 2011).

A maioria dos estudos mostra que as internações por CSAP têm uma proporção em torno de 30% do total de internações (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). Entre as condições mais marcantes estão as pneumonias e gastroenterites (SEC.DE ESTADO DA SAÚDE DO CEARÁ, 2001).

Os estudos relativos às CSAP são importantes do ponto de vista da melhoria da Saúde Pública, pois as internações decorrentes das chamadas condições sensíveis são mais frequentes entre populações mais vulneráveis, uma vez que estas, geralmente, têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

A institucionalização do uso de indicadores, como as ICSAP, faz parte de uma estratégia para aprimorar o planejamento e a gestão dos serviços de saúde pelas autoridades nacionais, estaduais e locais.

Altas taxas de internações por CSAP em uma população ou subgrupo(s) podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou no seu desempenho.

Estes indicadores acionam mecanismos de investigação e a busca de explicações para o ocorrido. A necessidade de investigação pode ocorrer em pelo menos duas situações: 1) quando cada um dos eventos constitui per se um sinal de alerta, uma vez que sua ocorrência poderia ser totalmente evitável pela adequada atenção à saúde; 2) quando o aumento crítico das taxas dos eventos aciona esse sinal de alerta, uma vez que sua ocorrência é determinada por um conjunto de fatores, e é parcialmente evitável pela adequada atenção à saúde. A identificação

desses indicadores pressupõe disponibilidade de evidências acerca de sua porção potencialmente evitável pela intervenção em saúde, aqui denominada 'evitabilidade', a qual pode ser modificada em função da produção de novos conhecimentos, da disponibilidade e da incorporação de novas práticas e tecnologias em saúde. Estes eventos são considerados "eventos sentinelas", sendo vistos como índices negativos, pois sinalizam que em algum ponto, a cadeia de atenção à saúde é falha e que a qualidade da atenção precisa ser melhorada, sendo portanto, úteis à vigilância em saúde (SILVA & LIMA, 2005).

Transformações das características das populações, como por exemplo, da faixa etária dos usuários do sistema de saúde, alteram a demanda por esses serviços, que atendem de forma crescente, pacientes portadores de condições crônicas, muitas vezes consequências da idade avançada.

Hoje, no Brasil, a situação da saúde é determinada por dois fatores importantes: a cada ano acrescentam-se 200 mil pessoas maiores de 60 anos à população brasileira, gerando uma demanda importante para o sistema de saúde (MS, 2005). Somando-se a isso, o cenário epidemiológico brasileiro mostra uma transição: as doenças infecciosas que respondiam por 46% das mortes em 1930, em 2003 foram responsáveis por apenas 5% da mortalidade, dando lugar às doenças cardiovasculares, aos cânceres, aos acidentes e à violência. À frente do grupo das dez principais causas da carga de doença no Brasil já estavam, em 1998, o diabetes, a doença isquêmica do coração, a doença cerebrovascular e o transtorno depressivo recorrente. Segundo a OMS até o ano de 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença nos países em desenvolvimento (OMS, 2002).

Este cenário preocupante impõe a necessidade de medidas inovadoras, que mudem a lógica atual de uma rede de serviços voltada ao atendimento da condição aguda para uma rede de atenção às condições crônicas, onde os medicamentos têm um papel essencial. O rápido processo de envelhecimento da população brasileira se dá em razão da transição de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade, para uma de baixa mortalidade e gradualmente baixa fecundidade como justificam as projeções estatísticas para os próximos anos. Tal mudança se configura num desafio para as autoridades sanitárias, especialmente para a implantação de novos

modelos e métodos para o enfrentamento do problema. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias sem que isto se reverta em seu benefício. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes, número elevado de medicamentos e frequentes internações. A maioria dos quadros de dependência desta população está associada a condições crônicas que podem ser adequadamente controladas, muitas vezes, fora de instituições hospitalares ou asilos. A efetiva organização dos sistemas de saúde pressupõe o fortalecimento do nível primário de atenção reforçando a necessidade de ruptura da visão piramidal. É fundamental a organização dos serviços em ações básicas de atenção a saúde do idoso na produção do cuidado em defesa da vida. Tal enfoque será norteado por uma concepção de saúde que incorpora os determinantes sociais e coletivos, ressaltando a importância da singularidade do idoso e tornando sujeito de sua própria condição de saúde.

Nos idosos e nos adultos portadores de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, dislipidemias, epilepsias e distúrbios mentais, a eficácia do tratamento medicamentoso ambulatorial depende da adesão do usuário. A efetiva adesão pode ser alcançada através da atenção ao usuário informando-lhe a respeito da doença e do uso correto dos medicamentos (STARFIELD, 2004).

A qualidade do serviço de saúde oferecido é medida pela qualidade dos vários elementos que constituem esses serviços, entre eles, a assistência farmacêutica.

1.5 O papel dos medicamentos na APS

Segundo Soares (*apud* TANAKA & MELO, 2004, p. 131), no mundo ocidental contemporâneo, o modelo de assistência à saúde é excessivamente medicalizado e mercantilizado, cabendo aos medicamentos um espaço importante no processo saúde/doença, sendo praticamente impossível pensar a prática médica ou a relação médico-paciente sem a presença desses produtos. Os medicamentos não só salvam vidas devido à sua ação curativa, como também, previnem epidemias e doenças,

sendo indispensáveis na contribuição para o aumento da qualidade e da expectativa de vida da população (BUSS, 2000 *apud* TANAKA & MELO, 2004, p.131).

O acesso aos medicamentos considerados essenciais é um direito do usuário do sistema de saúde (BRASIL, 2001). Medicamentos essenciais são aqueles considerados básicos e indispensáveis, que têm como objetivo satisfazer as necessidades prioritárias de cuidados da saúde da população.

Segundo Tanaka & Melo (2004) a assistência farmacêutica (AF) é parte integrante do sistema de atenção primária à saúde. E ainda de acordo com a Política Nacional de Medicamentos (PNM), assistência farmacêutica é o “grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade”. Essas atividades foram classificadas e deram origem ao ciclo da AF, composto pelas etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle de qualidade e utilização de medicamentos, com base em critérios epidemiológicos. A AF é dividida pelo menos em duas subáreas distintas e complementares que contêm essas etapas: a tecnologia de gestão do medicamento (do acesso à distribuição) e a outra relacionada à tecnologia do uso do medicamento (da prescrição à utilização correta). Envolve ainda a obtenção e a difusão da informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2001). Vários profissionais estão envolvidos nas operações, mas o farmacêutico é o responsável em dirigir o processo, pois é o detentor privilegiado do conhecimento sobre os medicamentos.

A 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (1978) trouxe avanços significativos ao desenvolvimento da assistência farmacêutica no mundo, na qual o abastecimento de medicamentos essenciais foi considerado um dos oito elementos básicos da APS (NESCON, 2012).

A construção da lista de medicamentos essenciais pode ajudar os países a racionalizar a compra, a distribuição e dispensação de medicamentos, reduzindo custos e garantindo apropriada qualidade de atendimento (MOURA, 2010).

A listagem de medicamentos essenciais no Brasil denominada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) representa um elemento estratégico na política de medicamentos, desde seu surgimento, na época da

Central de Medicamentos (CEME) até os dias atuais, orientando a organização das listas estaduais (REESME) e municipais (REMUME), as quais devem ser organizadas de acordo com as patologias e os agravos mais relevantes e prevalentes de cada região, além disso, permite a uniformização de condutas terapêuticas, por desenvolver e facilitar o estabelecimento de ações educativas, orientando a prescrição, a dispensação, e o abastecimento de medicamentos, particularmente no âmbito do SUS (PIANETTI, 2003).

Aqui o SUS se depara com grandes dificuldades, pois ficam mais evidentes as distorções e problemas que são gerados pelas grandes desigualdades sociais e econômicas ainda existentes no país e que determina restrições ao pleno acesso aos medicamentos pela população (MONSEGUI, 1997). O acesso aos medicamentos essenciais possui o fator geográfico (distância razoável), o fator disponibilidade, e o fator econômico (possibilidade de pagar). A desarticulação da AF no Brasil conduz a um grave cenário de comprometimento da qualidade de vida do cidadão (PIANETTI, 2003).

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade, incluindo prevenção, serviços de diagnóstico e medicamentos essenciais, é um fator central que contribui para a crescente carga associada às CSAP, como por exemplo, as citadas doenças crônicas, cujos casos vêm aumentando.

Embora as doenças crônicas afetem todos os grupos populacionais, os resultados são consideravelmente piores para a população mais pobre devido à maior prevalência de fatores de risco, ao menor acesso aos serviços de triagem e tratamento e à menor capacidade de lidar com as consequências financeiras das doenças crônicas (PEIXOTO *et al.*, 2004). As desigualdades afetam ambas as doenças, transmissíveis e não transmissíveis, um problema mesmo nos países mais ricos.

No nosso país, as UBS constituem a principal porta de entrada do sistema público de saúde. Também aí o serviço farmacêutico ainda está configurado ao modelo curativo, centrado na consulta médica e pronto atendimento, com a farmácia apenas atendendo a essas demandas.

No contexto dos cuidados primários em saúde, os medicamentos têm o papel de agentes na prevenção às complicações do quadro clínico do paciente, que na

maioria das vezes resultariam em internações. Uma farmacoterapia eficaz e acessível deve guardar os princípios do uso racional dos medicamentos. A utilização racional se constitui, atualmente, num dos objetivos da OMS, devido aos inúmeros benefícios para a população, para os profissionais e para o sistema de saúde. No Brasil, diversas iniciativas de estímulo ao ensino sobre o uso racional de medicamentos têm sido desenvolvidas.

Nos dias atuais, torna-se primordial uma nova formação e, por conseguinte, uma nova relação profissional do farmacêutico, que é chamado a um papel central tanto na gestão, quanto no seguimento/acompanhamento farmacoterapêutico, tendo como objetivo final contribuir para a eficácia dos serviços de saúde.

Além da análise das ICSAP, este estudo também se propõe a avaliar os medicamentos em uso no momento da internação, no que diz respeito às classes mais prevalentes, ao acesso à lista de medicamentos utilizados até 2011 (**ANEXO II**). Ainda existem muitos desafios a serem enfrentados pela política de medicamentos brasileira, dentre os quais se destaca a garantia de toda população ao acesso aos medicamentos essenciais e à assistência farmacêutica. Santos (2002) nos lembra que o acesso aos medicamentos ocorre de forma injusta, comprometendo a resolução nos sistemas de saúde e sendo, portanto, um dos grandes desafios a serem enfrentados pelas políticas públicas, em especial por uma política de medicamentos que tenha como um dos seus princípios a melhoria da equidade (PAULA, *et al.*, 2009). Outro foco do estudo é a presença de polifarmácia, definida como o uso de cinco ou mais medicamentos, que aumentou de modo importante nos últimos anos, apesar de não ser uma questão contemporânea (SECOLI, 2010). Esses são indicadores tanto do acesso aos medicamentos essenciais, como da presença de ações em prol do uso racional de medicamentos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) em Macaé – RJ, no período de 2007-2012.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as ICSAP, segundo sexo e faixa etária dos residentes;
- Identificar as regiões prevalentes de residência dos pacientes internados por condições sensíveis à AP;
- Caracterizar os medicamentos em uso na amostra estudada de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, *Diabetes mellitus* e suas complicações, segundo as classes terapêuticas, presença na lista de medicamentos utilizados até 2011 e de polifarmácia.

3 JUSTIFICATIVA

O município de Macaé possui uma população constituída por uma parcela expressiva de migrantes que vieram em busca de oportunidades no mercado de trabalho local. No entanto, a falta de qualificação profissional adequada à indústria do petróleo gera desemprego e cria bolsões de pobreza e inchaço populacional, fazendo com que aumente a demanda por investimentos em creches, escolas, rede de saúde, rede de saneamento, entre outros recursos, para atender à população crescente que a cidade não está preparada para comportar.

Ainda assim, os programas de saúde do município buscam atingir a totalidade da população, com instalação de novas unidades básicas de saúde e ESF. Segundo dados do município, atualmente o SUS atende cerca de 80.000 pessoas, o que corresponde a 52% da população, incluindo 100% da população rural (MACAÉ, 2013).

Esta pesquisa tem o intuito de conhecer melhor as necessidades locais. Esse conhecimento, considerado por Starfield (2004) como parte essencial do planejamento da saúde, leva à definição de quais são os serviços necessários para atender à demanda local, proporcionando resolutividade no nível de assistência primária. Ressalta-se que, ainda que existam dados nacionais sobre ICSAP, torna-se preponderante a questão da singularidade de cada comunidade na identificação da oferta de serviços.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reafirma que a estruturação dos sistemas de saúde com foco na AP é a melhor abordagem para produzir

melhorias que se sustentem ao longo do tempo e que sejam equitativas para a saúde da população, especialmente das Américas, uma vez que possui um conjunto de serviços congruentes com as necessidades locais, conforme recursos disponíveis, preferências culturais e evidências (OPAS, 2005).

A escolha do ICSAP como indicador de acesso e qualidade da AP, justifica-se pelo reconhecimento do mesmo, para a avaliação da AP, no contexto atual em que é um dos pilares da política de saúde, e também pelas grandes transformações em curso do perfil epidemiológico e demográfico do país. Salienta-se que este é um indicador negativo da qualidade na atenção, devido à sua característica de evitabilidade, pela melhoria das condições de vida e ampliação do acesso à efetiva atenção à saúde. Autores como Malta e Duarte (2007) consideram que as ICSAP representam um quadro inaceitável em função de serem previsíveis e sua ocorrência demonstra as iniquidades e a má qualidade nos serviços da AP.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo ecológico exploratório. Esse tipo de estudo aborda áreas geográficas bem delimitadas e apresentam como um de seus objetivos principais a possibilidade de avaliar a efetividade de intervenções, na população, de modo a testar a aplicação de determinado procedimento para prevenir ou promover saúde em grupos populacionais (MEDRONHO *et al.*, 2010).

4.2 População

Pacientes internados no Hospital Público de Macaé (HPM), com idade de 18 a 79 anos completos, no período de 2007-2012.

Os partos foram excluídos do total das internações, uma vez que representam um desfecho natural da gestação. Estes ocorrem apenas na metade da população. Ainda assim, foi considerada como idade máxima dos pacientes, 79 anos completos, uma vez que alguns autores apontam que, com o avanço da idade pode haver

aumento no número de dias de internação e dificuldade de identificar a causa principal (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; MACINKO *et al.*, 2011).

Em relação à análise do uso de medicamentos, a população avaliada foi a de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), *Diabetes mellitus (DM)*, consideradas doenças crônicas, internados no período de 2011-2012. Nesse caso, o período foi delimitado devido ao tempo hábil necessário ao estudo.

Foram excluídos os prontuários que causaram dúvidas no entendimento das anotações (ilegíveis) ou ainda preenchidos a lápis. Foram excluídos também prontuários os quais apesar do número de prontuário coincidir com o escrito no Livro de Internações, possuíam dados do paciente e da CID não correspondentes aos descritos no Livro.

4.3 Local de estudo

Os dados foram coletados no Setor de Internações do Hospital Público Municipal de Macaé (HPM) que possui o serviço de internação, atendendo pelo sistema público de saúde.

4.4 Variáveis e indicadores

As variáveis analisadas foram baseadas no estudo proposto por REHEM (2011), acrescentadas de outras de interesse desta pesquisa:

- Bairro de residência no município de Macaé;
- Diagnóstico – Foi considerado o diagnóstico principal referido no prontuário de acordo com o CID-10;
- Internação proporcional por ICSAP – formada pelo número de internações por um grupo de diagnósticos específicos de ICSAP sobre o total das ICSAP em determinado período;
- Faixa etária – refere-se a um período de tempo limitado. Para esta pesquisa foram consideradas as seguintes faixas etárias: pacientes de 18 a 60 anos completos (adultos) e de 61 a 79 anos completos (idosos), de acordo com Estatuto do Idoso brasileiro (BRASIL, 2003);

➤ Medicamentos em uso no momento da admissão no hospital – medicamentos (quando existentes e informados) que o paciente, hipertenso e/ou diabético (e derivados) utilizava antes de ser internado;

➤ Proporção de medicamentos em uso presentes na lista de medicamentos utilizados até 2011– formada pelo número de medicamentos em uso presentes na lista sobre o total de medicamentos em uso pelo paciente. A identificação dos medicamentos em uso presentes na lista tem o objetivo de acrescentar informações sobre o acesso à atenção primária bem como efetiva implantação da mesma na rede pública de saúde.

- Indicadores

Quadro 1: Indicadores utilizados na pesquisa e respectivas fórmulas.

Indicador	Fórmula
Proporção de causas sensíveis à atenção primária no total das ICSAP dos pacientes residentes por estas causas	Total de internações sensíveis por determinado grupo de causas sensíveis à atenção primária à saúde, dividido pelo total de internações sensíveis à atenção primária de pacientes residentes no mesmo local.
Proporção de ICSAP por sexo dos pacientes	Total de internações sensíveis por à atenção primária à saúde, por sexo, dividido pelo total de internações sensíveis à atenção primária de pacientes residentes no mesmo local.
Proporção de ICSAP por faixa etária dos pacientes	Total de internações sensíveis à atenção primária à saúde, por faixa etária, dividido pelo total de internações sensíveis à atenção primária de pacientes residentes no mesmo local.
Proporção de medicamentos em uso presentes na REMUNE	Total de medicamentos em uso presentes na REMUNE no momento de admissão, sobre o total de medicamentos em uso.

4.5 Fonte e coleta de dados

As informações de cada internação (sexo, idade, causa da internação-CID e bairro do paciente) foram coletadas junto ao hospital, tendo como fonte os livros de registro de internações. Apenas os prontuários dos pacientes cuja causa de internação foram HAS, DM e complicações, foram solicitados ao setor de arquivamento para verificação dos medicamentos em uso pelo paciente antes da internação.

Para a elaboração do perfil das ICSAP foi utilizada a lista brasileira de ICSAP composta por 19 grupos de diagnósticos, totalizando 120 categorias da CID-10 (com três dígitos) e 15 subcategorias (com quatro dígitos) (**ANEXO I**).

4.5 Processamento e análise de dados

Foi feita a verificação do diagnóstico principal de internação por extenso, quando a CID-10 não foi registrada, ou ainda em caso de dúvidas foi determinada utilizando-se o programa PesqCID, versão 2.4, programa desenvolvido pelo DATASUS com objetivo de facilitar a codificação de agravos pela CID-10, a partir da descrição dos mesmos. Com o programa, é possível, a partir da especificação de alguns termos, procurar quais os códigos que se relacionam ao critério especificado.

A descrição e análise dos dados foram realizados utilizando-se o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. A análise das informações constou de estatísticas descritivas com estimativas de medidas de tendência central, de variabilidade e proporções.

Para a confecção de mapas, apontando os bairros mais prevalentes, contactou-se a Secretaria de Planejamento do Município de Macaé, que possui o departamento GEOMacaé, o qual nos forneceu o mapa da cidade e o *shapefile* de cada bairro do município. Dessa forma, o mapa e os *shapes* foram inseridos no programa de georreferenciamento ARQGis que cruza dados com imagens e permite apresentar a distribuição espacial da ocorrência de internações.

4.6 Aspectos éticos

Segundo carta circular nº 39 do Conselho Nacional de Ética (CONEP) de 2011 que trata do uso de prontuários para fins de pesquisa, o projeto foi submetido à

aprovação pela Plataforma Brasil (parecer UVA 444.492/2013), de modo que a pesquisadora responsável se comprometeu a cumprir o sigilo e confidencialidade, tratando todos os envolvidos em sua dignidade, respeitando sua autonomia e defendendo-os em sua vulnerabilidade, conforme Resolução CNS 196/96, itens III.1."a" e IV.1."g".

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Coleta de dados

A coleta de dados durou 12 meses (Outubro/2013 a Outubro/2014). As primeiras fontes de dados utilizadas foram os livros de internações ocorridas no período 2007-2012. Ressalta-se que não foi encontrado os registros de internações referentes ao período de 10/02/2008 a 01/07/2008, logo as informações deste período não puderam ser coletadas e avaliadas.

A solicitação dos livros foi feita previamente à recepção do Setor de Internações, que por sua vez repassou o pedido ao Setor de Arquivamento da instituição. A liberação dos livros referentes a cada período foi feita à medida que se avançou na coleta. Utilizou-se a lista de CSAP modificada (**ANEXO I**) para selecionar os pacientes cujo motivo de internação eram classificadas como CSAP. Os dados de cada paciente (Nº de prontuário, nome, idade, sexo, endereço, código, data de entrada, data de saída, dias de internação) cuja causa de internação pertencia à lista de CSAP e seus respectivos CID, foram organizados numa planilha.

5.2 Análise dos prontuários

Após o término da primeira coleta de dados, foi preparada outra planilha com os dados dos pacientes cujo motivo de internação eram CSAP classificadas como crônicas e suas complicações. Foram selecionados os pacientes adultos e idosos cujas internações tinham sido pelas seguintes CSAP mais prevalentes: Hipertensão arterial sistêmica (HAS), *Diabetes mellitus* (DM) e complicações. Essa lista foi

entregue ao Setor de faturamento para que o colaborador responsável fizesse a confirmação dos dados de internação dos pacientes e solicitasse os prontuários ao Setor de Arquivamento. Após a conferência, o colaborador procedia à liberação de uma quantidade diária de prontuários. Anexados a estes estavam também os formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que continham informações como causa de internação ou diagnóstico (com CID), medicamentos em uso antes do atendimento, etc. Foi combinado entre as partes o fornecimento de uma quantidade média de 20-30 prontuários por semana. Houve semanas em que a quantidade de prontuários foi menor, em outras, um pouco maior. De acordo com os objetivos definidos e com base em estudos globais que indicam a prevalência de um grupo de doenças crônicas classificadas como CSAP, entre adultos e idosos, apenas os prontuários dos pacientes cujas causas de internação foram HAS, doenças cerebrovasculares, DM e complicações, tiveram os prontuários solicitados ao setor de faturamento para verificação dos medicamentos em uso pelo paciente antes da internação. Para a pesquisa de medicamentos o período de internações estudado foi de 22/10/2011 a 22/10/2012 (12 meses).

Houve a tentativa de coleta de dados de internações por CSAP em outras instituições de saúde do município, mas não foi possível incluir a população atendida no estudo, pois o método para o levantamento dos dados demandaria a bloqueio de dados, o que aumentaria o tempo necessário, tornando o estudo inviável.

5.3 Análise e caracterização das ICSAP

Optou-se por apresentar os dados gerais de todas as internações sem separação por faixa etária ou sexo e depois distribuí-los segundo grupos (**Tabela 1**):

Tabela1 – Descrição das ICSP mais prevalentes (valores absolutos) entre adultos e idosos residentes no município de Macaé–RJ, segundo sexo e bairro, no período de 2007-2012.

GRUPOS	INTERNAÇÕES				
	GERAL	ADULTOS		IDOSOS	
		HOMENS	MULHERES	HOMENS	MULHERES
IDADE (\bar{x} /DP/MODA)	49,18/18,25/58	42,68/12,12/58	35,63/12,88/20	68,80/5,84/6	69,64/5,83/74
Nº TOTAL DE INTERNAÇÕES N(%)	3440	987 (28,7)	1273 (37,0)	605 (17,6)	575 (16,7)
5 CIDS MAIS PREVALENTES (N%)	N (%)	N (COLOC.)	N (COLOC.)	N (COLOC.)	N (COLOC.)
PNEUMONIAS	621 (15,3)	212 (1º)	133 (3º)	130 (1º)	131 (1º)
ITU	583 (14,4)	75 (5º)	390 (1º)	48 ^a (6º)	62 ^a (6º)
HAS	519 (12,8)	110 (3º)	164 (2º)	104 (3º)	126 (2º)
DOENÇAS CEREBRO-VASCULARES	474 (11,7)	128 (2º)	106 (4º)	112 (2º)	110 (3º)
DIABETES MELLITUS	348 (8,6)	80 (4º)	95 (5º)	79 (4º)	83 (4º)
BAIRROS QUE TOTALIZAM 50% DAS INTERNAÇÕES (N%)					
PARQUE AEROPORTO	339 (9,9)	90 (27,2)	120 (36,2)	67 (20,2)	54 (16,3)
MALVINAS	275 (8,0)	66 (24,0)	115 (41,8)	56 (20,4)	38 (13,8)
AROEIRA	269 (7,8)	72 (26,8)	108 (40,1)	44 (16,4)	45 (16,7)
LAGOMAR	243 (7,1)	86 (35,4)	98 (40,3)	36 (14,8)	23 (9,5)
BARRA DE MACAÉ	192 (5,6)	60 (31,2)	69 (35,9)	34 (17,7)	29 (15,1)
CENTRO	154 (4,5)	61 (39,6)	34 (22,1)	31 (20,1)	28 (18,2)
NOVA HOLANDA	153 (4,4)	39 (25,5)	64 (41,8)	21 (13,7)	29 (18,9)
VISCONDE DE ARAÚJO	136 (4,0)	38 (27,9)	48 (35,3)	22 (16,2)	28 (20,6)
DIAS DE INTERN. (\bar{x} /DP/MODA)	8,67/15,39/2	8,85/13,796/2		10,23/17,83/2	

- a- As 5 CSAP mais prevalentes não são as mesmas para o grupo Geral e os grupos específicos. Por exemplo, entre mulheres idosas e homens idosos, a 5ª CSAP mais prevalente foi a ICC com 55 casos entre as mulheres e 72 casos entre os homens, enquanto entre as mulheres idosas, a ITU ficou em 6º lugar com 62 casos e entre os homens idosos foram 48 casos.

Para o grupo Geral (todos os pacientes) o tempo de internação mínimo foi de menos de 24 horas, o máximo foi de 291 dias totalizando 29.405 dias, sendo que o tempo médio de internação/pessoa foi de 8,7 dias (DP=15,4; Moda=2).

Para o grupo de adultos o tempo de internação mínimo foi de menos de 24 horas, máximo de 134 dias totalizando 18.131 dias, sendo o tempo médio de internação por pessoa de 8,8 dias (DP=14,0; Moda=2). E para o grupo de idosos o tempo mínimo de internação foi de menos de 24 horas, o máximo foi 291 dias, totalizando 11.274 dias, sendo 10,2 dias o tempo médio de internação por pessoa (DP=17,8; Moda=2). Os resultados estão de acordo com outros estudos que mostram que o grupo etário acima dos 60 anos apresenta índices maiores de morbidade quando comparados aos demais grupos etários (VERAS, 2001; VERAS & ALVES, 1994).

A idade média (\bar{x}) do grupo Geral foi aproximadamente 49 anos, sendo que a idade média dos pacientes homens adultos foi 43 anos e das mulheres adultas foi 36 anos. Ao se analisar os grupos de adultos e idosos, as idades médias encontradas foram, aproximadamente, 39 anos para o grupo de adultos e 70 anos para o grupo de idosos atendidos.

Aproximadamente 1/3 (34,3%) das ICSAP, nos anos estudados, foram de idosos (acima de 59 anos). A ocorrência de ICSAP em idosos pode estar relacionada, entre outros fatores, às limitações de acesso comuns à essa população (dificuldade de locomoção e transporte, alto grau de dependência), bem como ao próprio envelhecimento da população brasileira, na maioria das vezes, associado ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. (PERPÉTUO & WONG, 2007). Os resultados também são condizentes com um estudo nacional que demonstrou serem 33,5% das internações hospitalares pelo SUS de idosos, consumindo 37,7% dos recursos pagos pelo sistema público de saúde (PEIXOTO *et al.*, 2004).

No município de Macaé, as ICSAP foram mais presentes no grupo de pacientes do sexo feminino (53,7%) que no grupo de pacientes do sexo masculino (46,3%), achado semelhante aos de outras pesquisas sobre esse fenômeno, seja em territórios com ESF, seja onde se mantém um modelo de assistência à saúde tradicional (OLIVEIRA, 2011).

As 5 CSAP mais prevalentes no grupo Geral, em ordem decrescente, foram as pneumonias (621 internações), seguidas pelas ITU (583 internações), HAS (519 internações), Doenças cerebrovasculares (474 internações) e DM (348 internações) (**Tabela 1**). Como antes citado, são observadas grandes transformações no perfil epidemiológico e demográfico do país. Um exemplo disso é o decréscimo dos casos de doenças infectocontagiosas ao longo dos anos. Mesmo assim, as pneumonias continuam sendo, uma das CSAP mais prevalentes na população que utiliza os serviços públicos de saúde, o que também foi apontado em outros estudos (PERPÉTUO & WONG, 2007). Esse fato pode ter como causa a dificuldade de acesso ao SUS, problemas estruturais como falta de saneamento básico, deficiências alimentares. Outros fatores são culturais como o comportamento masculino de resistência aos serviços de saúde em geral. As causas são variadas, como o trabalho, a limitação de horários de atendimento, o medo, etc. Esses fatores acabam por dificultar o acompanhamento mais amplo da população masculina, que inclui ações de prevenção a agravos (KNAUTH *et al.*, 2012).

Outros estudos regionais e locais também mostraram que as pneumonias bacterianas são as causas mais prevalentes de ICSAP (PERPÉTUO & WONG, 2007). As doenças infecciosas e parasitárias ainda representam cerca de 9% do total de internações (MOURA *et al.*, 2010).

Segundo dados do IBGE e do MS/SAS/Departamento de Atenção Básica (DAB) em 2014, Macaé tinha uma população de 217.951 habitantes. O teto para ESF era de 109 unidades, mas havia 25 unidades cadastradas e implantadas. A estimativa da população coberta era de 86.250 habitantes, equivalente à 39,57% da população. Diante da expansão da ESF como modelo de atenção primária, seria esperado que as taxas de internação dessas patologias fossem menores. A proporção de unidades de ESF e sua cobertura ainda estão abaixo das necessidades da população.

Embora a expansão da ESF tenha o efeito positivo de ampliar o acesso à atenção à saúde através da AP, pode também ter aumentado a possibilidade de identificação (diagnóstico), o que levou ao aumento do registro de internações devido à evolução negativa do quadro clínico, aumentando a demanda por maiores cuidados (MOURA *et al.*, 2010). Entre os grupos de homens adultos, homens idosos

e mulheres idosas, as pneumonias ocuparam o 1º lugar em número de internações por CSAP no período analisado. Apenas no grupo de mulheres adultas o número de casos foi menor, ocupando o 3º lugar em número de internações.

Outra CSAP com alta prevalência foi a ITU. No grupo Geral, ocupou o 2º lugar em número de internações. No grupo de mulheres adultas ocupou o 1º lugar em nº de internações, embora tenha ficado em 5º lugar nos outros grupos. O número de casos de ITU no grupo de mulheres adultas foi bem maior em comparação aos outros grupos e também, entre as CSAP. Estudos mostram que aproximadamente 20% das mulheres apresentam pelo menos um episódio de ITU durante suas vidas que, na maioria dos casos, se apresenta clinicamente como cistite. No mínimo 3% das mulheres sofrem uma ou mais infecções a cada ano. Entre mulheres adultas, a incidência e a prevalência de bacteriúria, fator predisponente ao desenvolvimento de ITU, estão relacionadas à idade, ao grau de atividade sexual e a forma da contracepção empregada. De 1% a 3% das mulheres entre 15 e 24 anos de idade apresentam bacteriúria assintomática (PINHEIRO, 2013).

Apesar da tendência mundial da população idosa ser um dos grupos que apresentam maiores riscos de internação hospitalar por CSAP, foram encontrados valores próximos entre os números de internações entre os grupos de adultos e de idosos, homens e mulheres, em cada CSAP com exceção da ocorrência da ITU no grupo de mulheres adultas, que apresentou um número de casos de 4-9 vezes maior que nos outros grupos. No grupo Geral as 5 CSAP mais prevalentes juntas foram responsáveis por 62,3% das internações. Esse resultado indica a necessidade de intervenções de saúde específicas no município, no âmbito da AB.

Entre os homens adultos e idosos, as doenças cerebrovasculares foram a 2ª causa de internação, enquanto no grupo Geral ocupavam o 4º lugar. Os fatores de risco para as doenças cerebrovasculares são o DM, obesidade, inatividade física, uso do tabaco, hiperlipidemia e HAS. Esta última é considerada o fator de risco mais importante para as doenças isquêmicas e acidente vascular cerebral. Os homens ainda são mais vulneráveis a essas patologias (VAN EYKEN & MORAES *apud* MACKAY & MENSAH, 2004). Soma-se a isso seu comportamento resistente em buscar prevenção, sendo esse fator, na maioria das vezes, decisivo, para a evolução negativa da doença. Entre mulheres adultas e idosas, a HAS foi o 2º lugar em

número de ICSAP, dado que concorda com outros estudos que mostram o aumento do número de casos de doenças cerebrovasculares entre as mulheres.

Em relação aos bairros mais prevalentes, enquanto as mulheres eram maioria entre os pacientes do grupo dos adultos, os homens passaram a ter o maior número de internações entre os pacientes do grupo dos idosos. Houve exceções entre os adultos provenientes do bairro Centro, onde os homens foram maioria e entre os idosos provenientes dos bairros Nova Holanda e Visconde de Araújo, onde as mulheres predominaram.

Foram analisadas as CSAP mais prevalentes nos bairros que apresentavam 50% das internações (**Tabela 2**). Os bairros pesquisados faziam parte do grupo dos bairros mais populosos segundo o Censo 2010 (IBGE, 2010).

Tabela 2 – Distribuição das ICSAP dos pacientes residentes no município de Macaé dos bairros que apresentaram 50% de todas as internações, no período 2007-2012.

BAIRRO	PNEUMONIAS	ITU	HAS	DOENÇAS CEREBROVASC.	DIABETES MELLITUS
	N	N	N	N	N
	(N adultos/N idosos) (% em relação ao total de Intern. por Pneumonia)	(N adultos/N idosos) (% em relação ao total de Intern. por ITU)	(N adultos/N idosos) (% em relação ao total de Intern. por HAS)	(N adultos/N idosos) (% em relação ao total de Intern. por DCV)	(N adultos/N idosos) (% em relação ao total de Intern. por DM)
Pq. Aeroporto	59 (36/22) (9,5)	63 (48/12) (10,8)	45 (23/21) (8,7)	50 (23/26) (10,5)	33 (11 ^a /19) (9,5)
Malvinas	48 (23/25) (7,7)	41 (35/6) (7,0)	37 (24/13) (7,1)	32 (14/18) (6,7)	23 (12/11) (6,6)
Aroeira	49 (30/18) (7,9)	47 (37/9) (8,1)	47 (26/18) (9,1)	37 (19/16) (7,8)	34 (15/19) (9,8)
Lagomar	34 (24/10 ^d) (5,5)	41 (38/3^e) (7,0)	21 (14/5) (4,0)	35 (20/15) (7,4)	17 (11 ^b /5) (4,9)
Barra de Macaé	37 (17/19) (5,9)	38 (31/7) (6,5)	30 (16/14) (5,8)	29 (16/12) (6,1)	26 (11/14) (7,5)
Centro	35 (15/20) (5,6)	18 (10/8) (3,1)	27 (12/14) (5,2)	23 (16/6) (4,8)	13 (7/6 ^c)
Nova Holanda	28 (15/12) (4,5)	23 (19/3 ^f) (3,9)	24 (12/11) (4,6)	19 (11/7) (4,0)	19 (7/12)
Visconde de Araújo	22 (15/7) (3,5)	18 (12/6) (3,1)	29 (13/15) (5,6)	21 (10/11) (4,4)	22 (13/9) (3,7)
Nº Total de ICSAP nos bairros + prevalentes (% rel.)	312 (50,2) 621	289 (49,6) 583	260 (50,1) 519	246 (51,9) 474	187 (53,7) 348
Total					

a - Para o bairro Pq. Aeroporto, entre os adultos, a condição Celulite Infecciosa ficou na 5ª colocação, ficando a DM na 6ª colocação.

b – Para o bairro Lagomar, entre os adultos, a 5ª colocação foi da condição HAS, ficando o DM na 6ª colocação.

c – Para o Centro, entre idosos, as doenças cerebrovasculares ficaram na 5ª colocação e o DM ficou na 6ª colocação.

d - Para o bairro Lagomar, entre os idosos, a ICC teve a 2ª colocação e as Pneumonias ficaram na 3ª colocação.

e - Para o bairro Lagomar, entre os idosos, a ITU ficou na 7ª colocação.

f – Para o bairro Nova Holanda, entre os idosos, a ITU ficou na 6ª colocação.

No Parque Aeroporto, bairro que ocupou o 1º lugar entre os bairros com maior número de ICSAP, em valores absolutos, a ITU foi a condição com maior número de internações entre as 5 CSAP mais prevalentes (10,8%), sendo que a maioria dos pacientes era do grupo de adultos. Como visto na tabela 1, entre as mulheres adultas, a ITU é a condição mais prevalente, e o número de internações foi muito acima das outras condições. Ao se comparar o número de internações por ITU no bairro Parque Aeroporto com as internações referentes às outras CSAP no outros bairros que tiveram maior número de internações, se observa também um maior número absoluto de casos.

Em relação às CSAP mais prevalentes, a maioria das internações de pacientes oriundos do Parque Aeroporto foram de adultos, com exceção das doenças cerebrovasculares e DM cujos internados em sua maioria, com pequena diferença, eram idosos.

Entre pacientes moradores das Malvinas as CSAP mais prevalentes foram as Pneumonias, assim como entre pacientes provenientes do Centro e dos bairros Aroeira e Nova Holanda. A ITU foi a CSAP mais prevalente nos bairros Parque Aeroporto, Lagomar e Barra de Macaé. A HAS foi mais prevalente no bairro Visconde de Araújo. As doenças cerebrovasculares e o DM não apareceram como primeira CSAP entre os bairros, mas eram do grupo das 5 principais CSAP.

Os dados referentes aos bairros, dispostos na tabela 2, são valores absolutos, e podem levar à interpretações inexatas acerca da prevalência das CSAP nos bairros. Diante disso, buscou-se obter também valores relativos que mostrassem a proporção entre as ICSAP e a população relacionada à cada bairro, obtendo-se assim valores que mostrem a ordem de prevalência entre as CSAP pesquisadas. Ao se avaliar o nº de internações em relação ao número total de habitantes de cada bairro, segundo o censo 2010 disponibilizado pelo Departamento Geo-Macaé, obteve-se uma nova ordem de prevalência entre os bairros. O bairro Nova Holanda passou a ser o bairro com maior taxa de internação no período (3,34 internações/100 hab.) e o bairro Parque Aeroporto, que em números absolutos de internação ocupava o 1º lugar, passou a ocupar a 5ª colocação em valores relativos. A nova ordem de prevalência entre os bairros está descrita na Tabela 3:

Tabela 3 – Taxa de ICSAP (Nº de ICSAP/100 hab.) dos pacientes residentes nos bairros mais prevalentes do município de Macaé-RJ, no período 2007-2012.

BAIRRO	POPULAÇÃO (habitantes)	Nº de ICSAP	COLOCAÇÃO (N^{os} absolutos)	Nº de ICSAP/ 100 Hab.	COLOCAÇÃO (N^{os} relativos)
Nova Holanda	4578	153	7 ^o	3,34	1 ^o
Malvinas	9434	275	2 ^o	2,91	2 ^o
Visconde de Araújo	6623	136	8 ^o	2,18	3 ^o
Aroeira	12429	269	3 ^o	2,16	4 ^o
Pq. Aeroporto	16035	339	1 ^o	2,07	5 ^o
Centro	8019	154	6 ^o	1,92	6 ^o
Barra	13256	192	5 ^o	1,45	7 ^o
Lagomar	17909	243	4 ^o	1,36	8 ^o

Com o intuito de analisar as ICSAP ao longo do período pesquisado, buscou-se traçar a evolução das ICSAP nos bairros mais prevalentes ao longo do tempo. Para isso foram feitos os mapas anuais de ICSAP mostrando os bairros mais prevalentes e os respectivos número de internações por CSAP:

Figura 1- Mapas das ICSAP de pacientes provenientes dos bairros mais prevalentes nos anos 2007 e 2008 - Macaé.

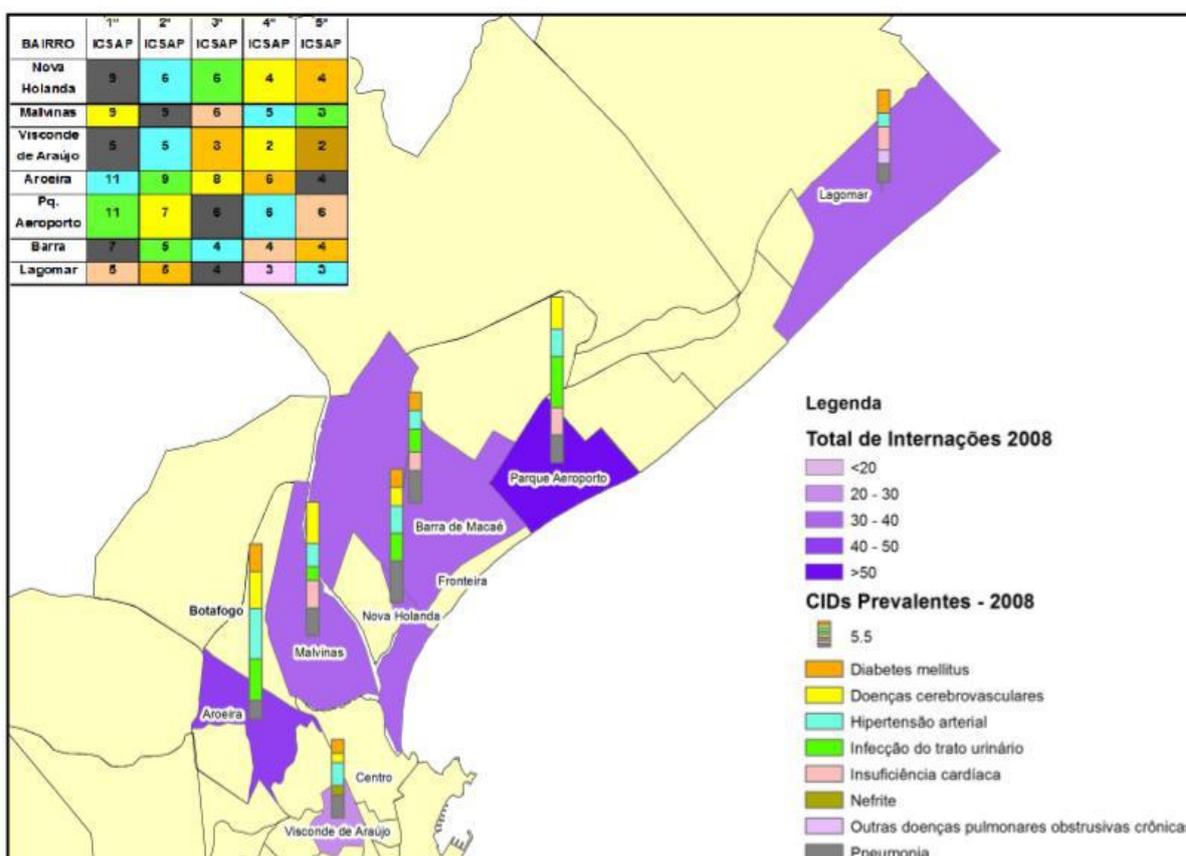
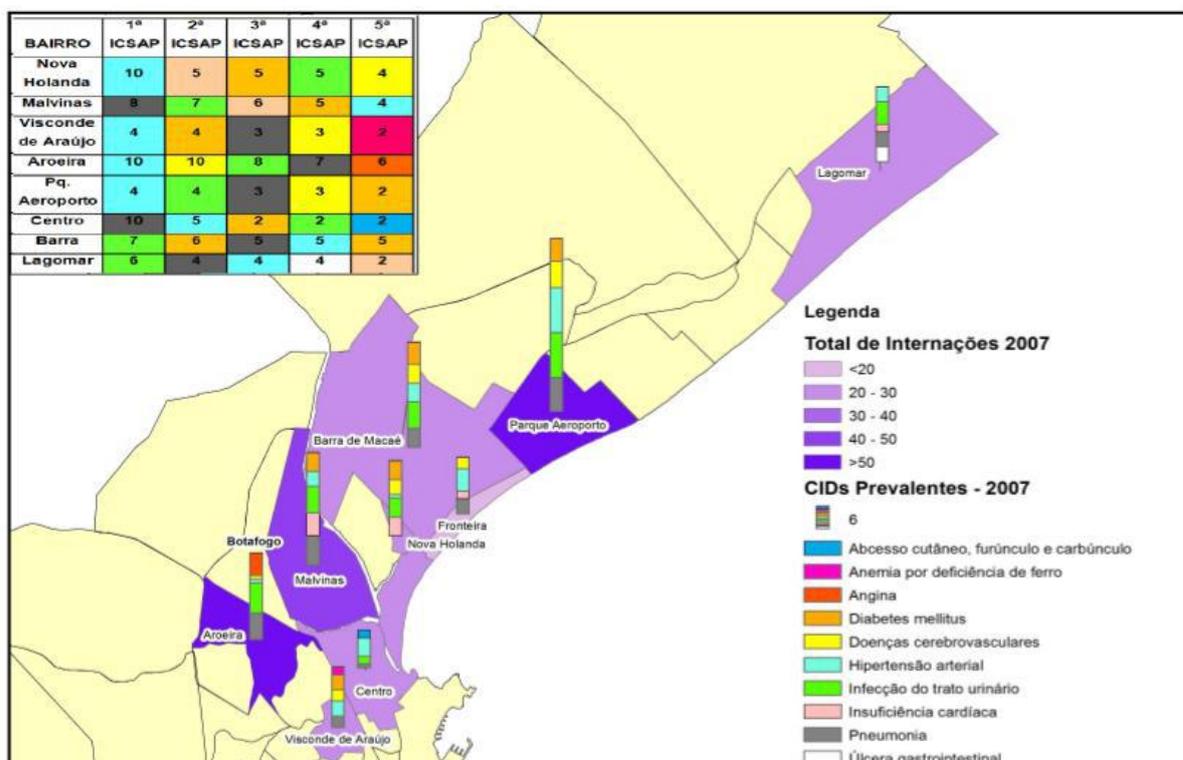


Figura 2- Mapas das ICSAP de pacientes provenientes dos bairros mais prevalentes nos anos 2009 e 2010 - Macaé.

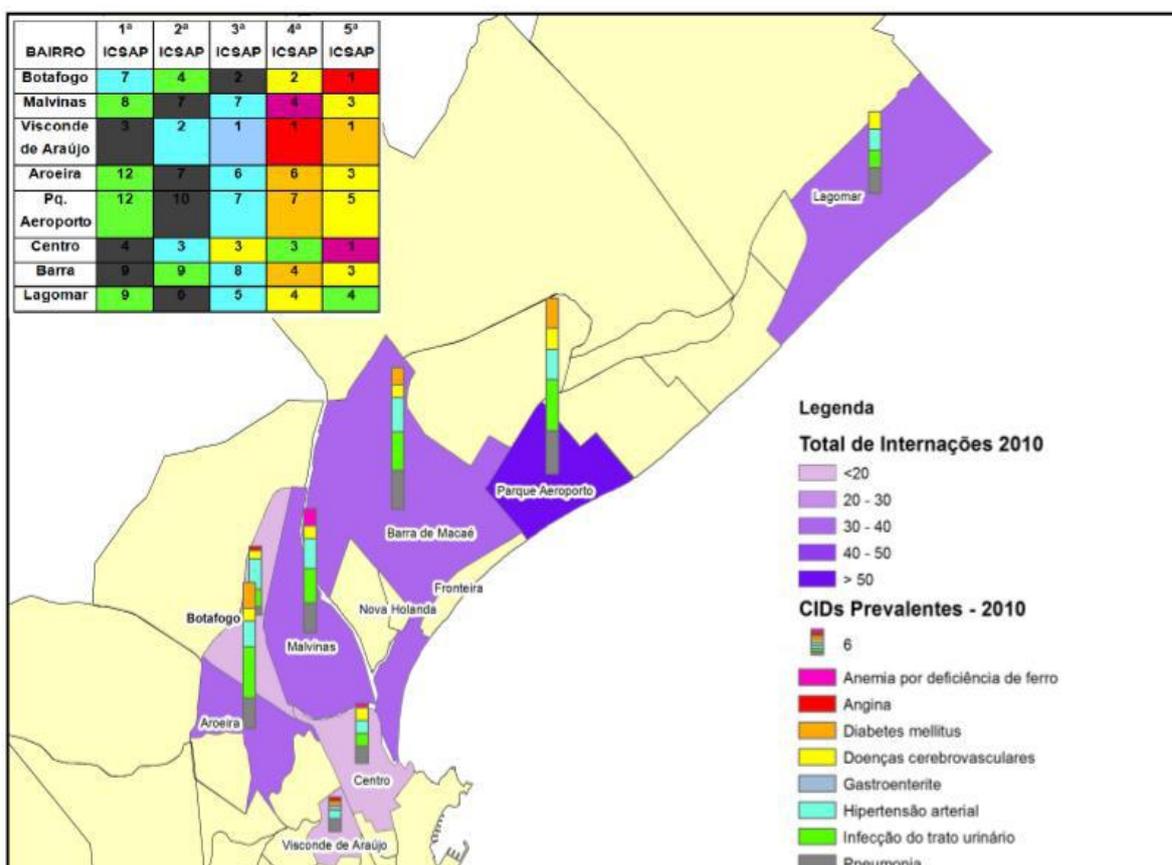
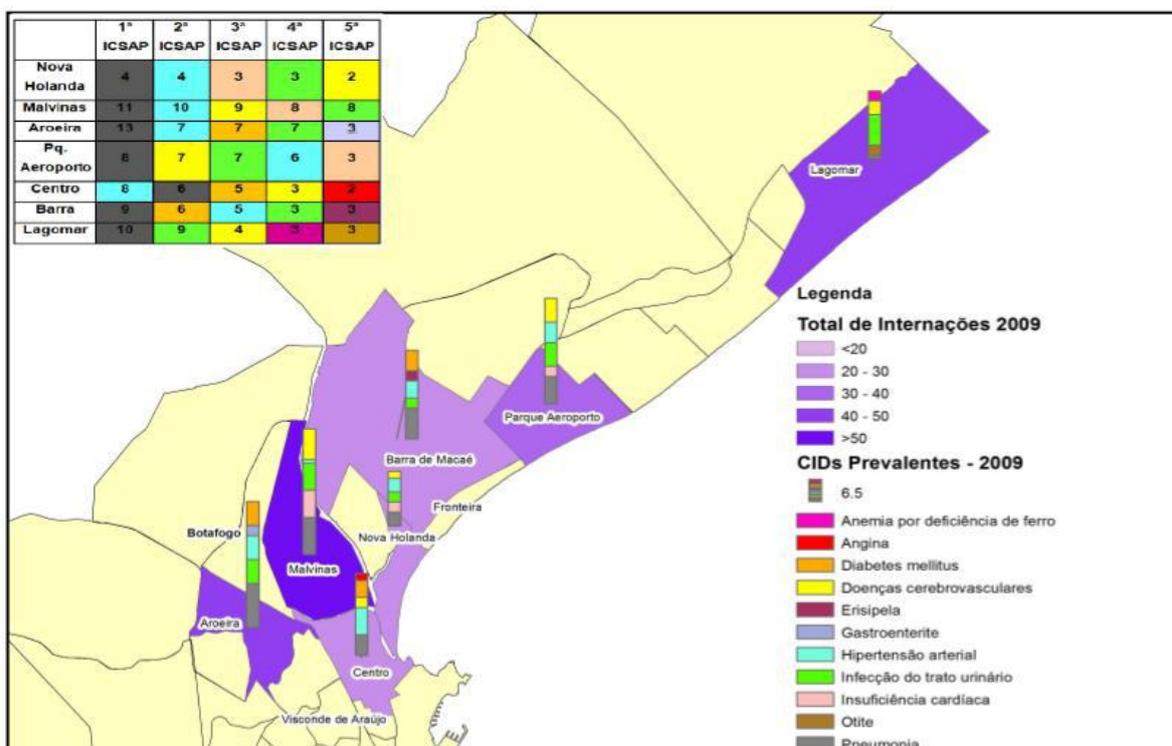
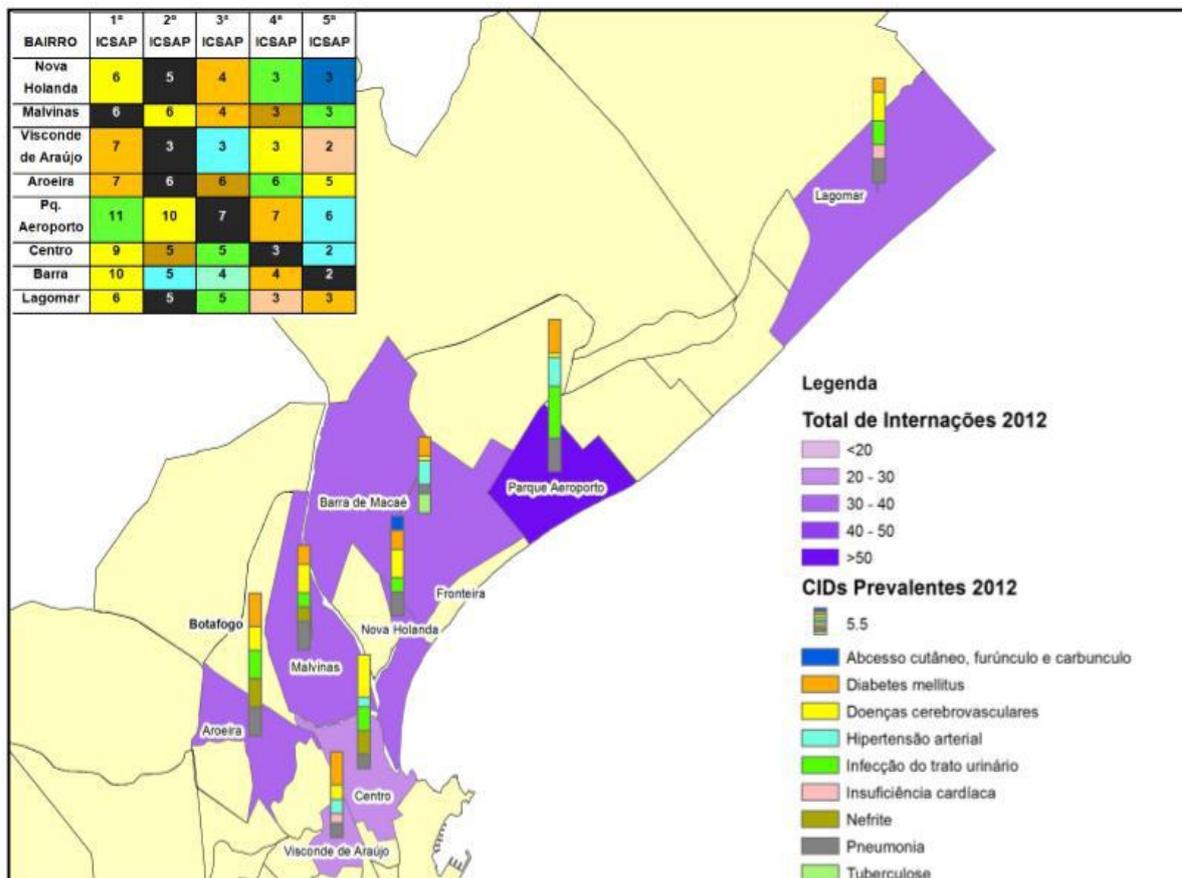
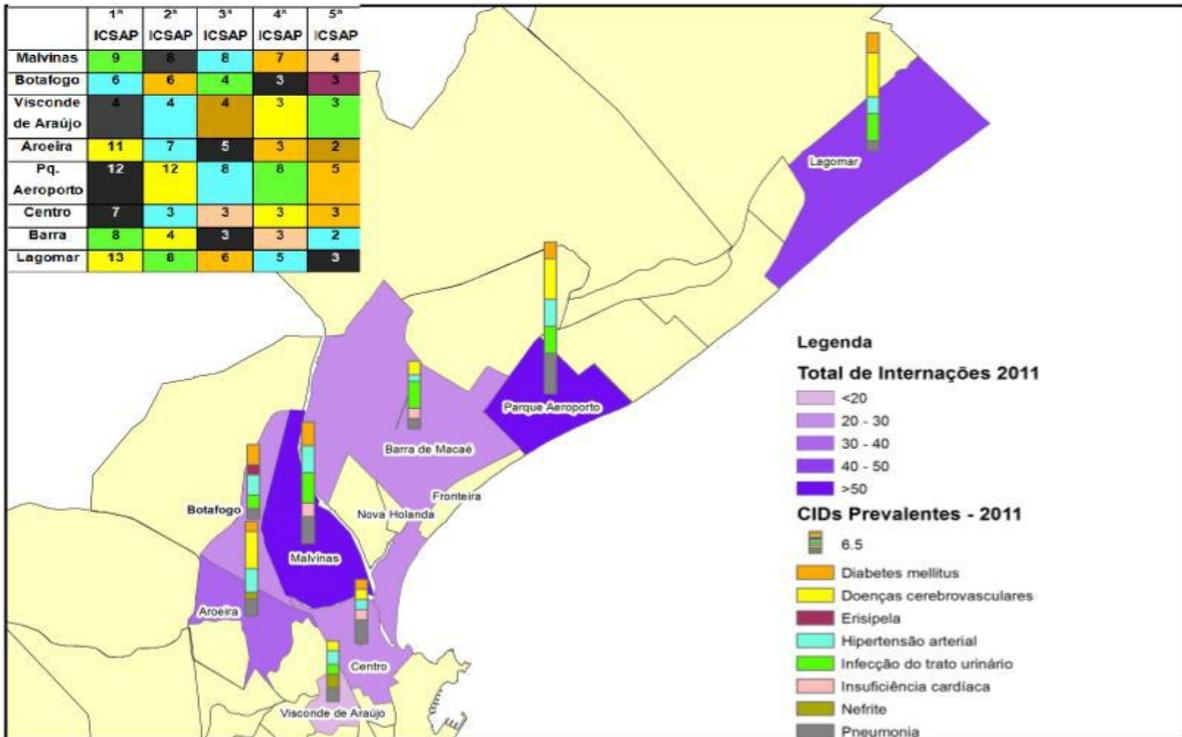


Figura 3- Mapas das ICSAP de pacientes provenientes dos bairros mais prevalentes nos anos 2011 e 2012 - Macaé.



5.3.1 Parque Aeroporto

O bairro Parque Aeroporto esteve entre os bairros que apresentavam a maior taxa de internações no período (>50 internações/ano), com exceção do ano de 2009, quando os bairros Malvinas e Lagomar tiveram a maior taxa. Para o bairro Parque Aeroporto, o período começou com o DM entre as 5 CSAP mais prevalentes (5º lugar). Depois o DM passou à colocações inferiores entre 2008 e 2009 e voltou às 5 primeiras colocações entre 2010 e 2012. HAS, ITU, pneumonia e Doenças cerebrovasculares permaneceram entre as 5 CSAP mais prevalentes no bairro, durante o período. O DM foi também outra CSAP prevalente, com exceção dos anos 2008 e 2009, quando a condição ICC foi uma das 5 CSAP principais (5ª colocação).

5.3.2 Aroeira

O bairro Aroeira, que no início do período apresentava também a maior taxa de internações no período (40-50 internações), nos anos seguintes apresentou uma taxa decrescente de ICSAP até atingir 30-40 internações nos 3 últimos anos do período. ITU, pneumonia e HAS foram CSAP que permaneceram entre as 5 primeiras no período, sendo que em 2007 uma das 5 principais CSAP foi a Angina. O DM só passou a figurar nesse grupo no ano seguinte. Em 2009, as gastroenterites fizeram parte das 5 CSAP mais prevalentes, sendo o único ano em que as doenças cerebrovasculares não figuraram nesse grupo. Outro fato importante aconteceu no ano de 2011, quando a condição nefrite passou a estar entre as principais CSAP e foi o único ano em que a ITU não estava nesse grupo. Em 2012, a HAS não estava entre as 5 principais causas de internação.

5.3.3 Malvinas

A pneumonia sempre esteve entre as 5 principais CSAP no bairro Malvinas. No período pesquisado, o bairro esteve em 2º lugar em ambos números absolutos e

relativos de internações, sugerindo que a população nesse bairro se encontrava mais vulnerável às doenças infectocontagiosas. Nesse bairro, a condição Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) fez parte das principais CSAP, com exceção dos anos 2010 e 2012, quando outras condições, anemia por deficiência de ferro e cistite, respectivamente, estavam entre as CSAP mais prevalentes. As doenças cerebrovasculares também figuraram entre as 5 principais condições, com exceção dos anos 2007 e 2011, quando a DM esteve no grupo principal.

5.3.4 Lagomar

O bairro Lagomar embora ocupasse o 4º lugar em internações em valores absolutos por ter a maior população entre os bairros mais prevalentes, foi o que apresentou menor taxa de internação/100 hab. O bairro apresentou um número crescente de internações de 2007 a 2009, sofrendo variações entre 2008 e 2012 ao longo do período. Observou-se uma alteração sensível entre as CSAP mais prevalentes, onde em 2007 a condição úlcera gastrointestinal era uma das mais prevalentes, sendo a única vez no período, que apareceu entre as CSAP mais prevalentes seja no bairro Lagomar, seja nos outros bairros pesquisados. Em 2009, o mesmo ocorreu para a condições anemia por deficiência de ferro e otite. Em 2009 também a HAS não estava entre as condições mais prevalentes, fato que se repetiu em 2012. O único ano em que a ITU não estava no grupo foi 2008, ano em que outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas surgiram entre o grupo de condições mais prevalentes.

5.3.5 Barra de Macaé

O bairro Barra de Macaé, embora fosse um dos mais populosos, apresentou valor absoluto mais baixo e a 2ª menor taxa de internação/100 habitantes. Em 2009, a condição erisipela figurou entre as 5 principais CSAP no bairro pela única vez, e em 2012, esse fato ocorreu com a condição tuberculose.

5.3.6 Centro

O Centro possuía a 2ª menor população, ocupando o 6º lugar tanto em nº absoluto quanto em relação à taxa de internações/100 hab. Um fato interessante é que no ano de 2008 o Centro não estava entre os bairros mais prevalentes. O mesmo ocorreu em 2010 e 2011 em relação ao bairro Nova Holanda, anos em que o bairro Botafogo figurou no grupo dos bairros mais prevalentes. Em 2007, a pneumonia não estava entre as condições mais prevalentes no bairro, fato que não havia acontecido nos bairros anteriores.

5.3.7 Visconde de Araújo

O bairro Visconde de Araújo, embora tivesse alcançado a última colocação em números absolutos de internações, teve uma taxa de internações/100 habitantes elevada, o que lhe conferiu o 3º lugar em números relativos de internações por CSAP. Em 2009, o bairro não estava entre os mais prevalentes. A condição anemia por deficiência de ferro, em 2007 e a condição angina, em 2010, figuraram uma única vez entre as 5 condições mais prevalentes. Em 2008 e 2011, a condição cistite estava entre as principais.

De modo geral, pôde-se observar que embora a importância e o peso dos diversos diagnósticos variem com a idade, ao longo de todo o ciclo de vida, cerca de 7 condições patológicas responderam por quase 3/4 (72,0%) das internações potencialmente evitáveis. Foram elas: Pneumonias (15,3%), ITU (14,4%), HAS (12,8%), Doenças Cerebrovasculares (11,7%), *Diabetes mellitus* (8,6%), ICC (5,9%) e Celulite (3,2%). Dependendo do grupo etário, a intervenção em uma ou duas delas, resultaria numa redução significativa destas internações.

Como antes foi dito, o medicamento é um componente essencial da atenção integral à saúde. Ele é um agente de prevenção e cura, evita agravos decorrentes de condições crônicas, etc. No presente estudo buscou-se também determinar o número de pacientes cujos prontuários possuíam ou não, a descrição de

medicamentos em uso antes da internação, caso existissem e fossem informados, segundo as classes terapêuticas, presença na lista de medicamentos até 2011 e de polifarmácia. A amostra estudada era composta de pacientes portadores de HAS e DM.

Buscou-se tabular dados de uso de medicamentos pelos pacientes antes da internação por HAS e DM de acordo com as informações disponíveis nos prontuários (**Tabela 4**).

Tabela 4 – Descrição de pacientes internados por HAS e/ou DM cujos prontuários apresentavam ou não informações acerca de medicamentos em uso.

CSAP INFORM. MED	HAS Nº Intern. (%)	DM Nº Intern. (%)	HAS + DM Nº Intern. (%)
SIM	41 (60,3)	19 (33,9)	14 (56,0)
NÃO	27 (39,7)	37 (66,1)	11 (44,0)
TOTAL	68 (100,0)	56 (100,0)	25 (100,0)

No caso dos pacientes internados devido à HAS, a maioria dos prontuários (60,3%) possuíam informações acerca dos medicamentos utilizados pelos pacientes. Em relação aos pacientes internados por DM e complicações, a maioria dos prontuários não possuía informações de medicamentos em uso (66,1%). A maioria dos prontuários dos pacientes internados por HAS e DM juntas possuía informações de medicamentos em uso (56,0%) (**Tabela 4**).

Foram identificados 17 medicamentos para o tratamento da HAS, 4 medicamentos utilizados no tratamento da DM (**Tabela 5**). No entanto, esses pacientes utilizavam ainda outros medicamentos das classes dos anti-anêmicos, antianginosos, antiarrítmicos, anti-inflamatórios, entre outros, totalizando 55 medicamentos em uso por esses pacientes até o momento da internação.

Dos 54 pacientes cujos prontuários continham informações de medicamentos em uso antes da internação, foram identificados 12 pacientes (22,2%) que utilizaram 5 ou mais medicamentos, ou seja, pacientes em polifarmácia. Este é um indicador

importante para avaliar a adesão dos pacientes ao tratamento ambulatorial e consequentemente identificar e avaliar as causas das internações.

Tabela 5 – N° de pacientes internados por HAS e DM, respectivos medicamentos utilizados antes das internações e sua codificação ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*)(Macaé, 2012).

CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ATIVO	CLASSE FARMACOLÓGICA	N° DE PACIENTES
HIPERTENSÃO			
C09AA01	Captopril	IECA	17
C09CA01	Losartan	Antag. da Ang. II	10
B01AC06	Ácido Acetilsalicílico (AAS)	Inibidores da Agreg. Plaquet. excl. Heparina	10
C08CA01	Amlodipina	Bloq. do Canal de Ca ⁺⁺	7
C08CA05	Nifedipina	Bloq. do Canal de Ca ⁺⁺	7
C09AA02	Enalapril	IECA	7
C03CA01	Furosemida	Diuréticos de Alça	7
C02AB01(L)/02(rac.)	Metildopa	Agente Antiadren. de Ação Central	6
C03AA03	Hidroclorotiazida	Tiazídicos	5
C07AB03	Atenolol	Agentes Betabloq.	4
C03DA01	Espironolactona	Agentes Poup. de K ⁺	4
C07AA05	Propranolol	Agentes Betabloq.	3
C07AG02	Carvedilol	Agentes Betabloq.	3
C01DA14	Isossorbida (mono)	Vasodilatador	2
C01AA05	Digoxina	Glicosídeo Digitálico	2
C08DA01	Verapamil	Bloq. do Canal de Ca ⁺⁺	2
C07AB02	Metoprolol	Agentes Betabloq.	1
DIABETES MELLITUS			
A10BA02	Metformina	Hipoglicemiantes (Biguanidas)	10
A10AB01/ A10AC01 A10AE01	Insulina	Insulina: ação rápida (R)/interm.(NPH)	10 1
A10BB01	Glibenclamida	Hipoglicemiantes (Sulfonamidas)	6
A10BB09	Glicazida	Hipoglicemiantes (Sulfonamidas)	1

Abaixo estão tabelados os anti-hipertensivos comercialmente disponíveis no Brasil. Os medicamentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Macaé estão sublinhados (**Tabela 6**).

Tabela 6 – Medicamentos para HAS comercializados no Brasil e medicamentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Macaé (sublinhados).

MEDICAMENTOS	Posologia (mg)		Número de tomadas/dia
	Mínima	Máxima	
Diuréticos			
Tiazídicos			
Clortalidona	12,5	25	1
<u>Hidroclorotiazida</u>	12,5	25	1
Indapamida	2,5	5	1
Indapamida SR***	1,5	5	1
Alça			
Bumetanida	0,5	**	1-2
<u>Furosemida</u>	20	**	1-2
Piretanida	6	12	1
Poupadores de potássio			
Amilorida*	2,5	10	1
<u>Espironolactona</u>	25	100	1-2
Triantereno*	50	100	1
Inibidores adrenérgicos			
Ação central			
<u>Alfametildopa</u>	500	1500	2-3
Clonidina	0,2	0,6	2-3
Guanabenzó	4	12	2-3
Moxonidina	0,2	0,6	1
Rilmenidina	1	2	1
Reserpina*	12,5	25	1-2
Betabloqueadores			
<u>Atenolol</u>	25	100	1-2
Bisoprolol	2,5	10	1-2
<u>Carvedilol+</u>	12,5	50	1-2

<u>Metoprolol e Metoprolol (ZOK)</u> ***	50	200	1-2
Nadolol	40	120	1
Nebivolol++	5	10	1
<u>Propranolol**/ Propranolol (LA)</u> ***	40/80	240/160	2-3/1-2
Pindolol	10	40	1-2
Alfabloqueadores			
Doxazosina	1	16	1
Prazosina	1	20	2-3
Prazosina XL***	4	8	1
Terazosina	1	20	1-2
Vasodilatadores diretos			
<u>Hidralazina</u>	50	150	2-3
Minoxidil	2,5	80	2-3
Bloqueadores dos canais de cálcio			
Fenilalquilaminas			
<u>Verapamil Retard</u> ***	120	480	1-2
Benzotiazepinas			
Diltiazem AP, SR ou CD***	180	480	1-2
Diidropiridinas			
<u>Anlodipino</u>	2,5	10	1
Felodipino	5	20	1-2
Isradipino	2,5	20	2
Lacidipino	2	8	1
Lercanidipino	10	30	1
Manidipino	10	20	1

Nifedipino Oros***	30	60	1
<u>Nifedipino</u> <u>Retard</u> ***	20	60	2-3
Nisoldipino	5	40	1-2
Nitrendipino	10	40	2-3
Inibidores da ECA			
Benazepril	5	20	1
<u>Captopril</u>	25	150	2-3
Cilazapril	2,5	5	1
Delapril	15	30	1-2
<u>Enalapril</u>	5	40	1-2
Fosinopril	10	20	1
Lisinopril	5	20	1
Perindopril	4	8	1
Quinapril	10	20	1
Ramipril	2,5	10	1
Trandolapril	2	4	1
Bloqueadores do receptor AT1			
Candesartana	8	32	1
Irbesartana	150	300	1
<u>Losartana</u>	25	100	1
Olmesartana	20	40	1
Telmisartana	40	160	1
Valsartana	80	320	1
Inibidor direto da renina			
Alisquireno	150	300	1

* Medicamentos comercializados apenas em associações a outros anti-hipertensivos.

** Dose máxima variável de acordo com a indicação médica.

*** Retard, SR, ZOK, Oros, XL, LA, AP, SR e CD: formas farmacêuticas de liberação prolongada ou controlada.

+ Alfa-1 e betabloqueador adrenérgico.

++ Betabloqueador e liberador de óxido nítrico.

Fonte: (GUIDONI & PEREIRA, 2009)

Hoje vários medicamentos para o tratamento da HAS e da DM estão disponíveis, e dentre estes, há medicamentos padronizados na lista de medicamentos do município.

Entre os medicamentos para HAS, os três mais utilizados no tratamento antes das internações foram: Captopril (Inibidor da ECA), Losartan (Antagonista da Ang. II) e AAS (Inibidor da Agregação Plaquetária). É comum a associação com medicamentos diuréticos para um melhor resultado de normalização da PA. Dentre estes os mais utilizados foram: Furosemida (Diurético de Alça), Hidroclorotiazida (Tiazídico) e Espironolactona (Agente Poupador de Potássio).

O DM é uma das doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes no mundo, caracterizada pela hiperglicemia crônica com distúrbios no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas, resultantes das alterações na produção e secreção e/ou mecanismo de ação da insulina (OMS, 1999). Apresenta duas formas principais, o tipo 1 (DM1), que aparece principalmente na infância ou na adolescência, devido à destruição das células beta de natureza autoimune ou idiopática, ocasionando deficiência absoluta de insulina, requerendo reposição do hormônio. O tipo 2 (DM2) é a mais frequente, e corresponde a aproximadamente 85-90% dos casos, aparece insidiosamente, principalmente em adultos (SBD, 2003; OMS, 1999). Ocorre devido à resistência insulínica e/ou redução na secreção desse hormônio, podendo ser tratada através da utilização de dieta adequada, uso de antidiabéticos orais (ADOs), insulina ou a combinação desses (SBD 2003; OMS, 1999). A prevalência mundial de DM em 1995 na população adulta era de 4,0% (135 milhões), em 2007 era de 5,9% (246 milhões) e de 7,1% para 2025 (380 milhões) (IDF, 2006). O objetivo da terapêutica farmacológica do DM 2 é alcançar o controle glicêmico satisfatório em pacientes que não o conseguiram através de medidas não-farmacológicas. Os ADOs podem ser classificados em duas categorias: os que não aumentam a secreção de insulina ou anti-hiperglicemiantes (biguanidas: metformina; tiazolidinedionas: rosiglitazona e pioglitazona; inibidor da alfa-glicosidase: acarbose) e os que aumentam a secreção de insulina ou hipoglicemiantes (sulfoniluréias: glibenclamida, glicazida, glipizida, glimepirida; glinidas: nateglinida, repaglinida) (SBD, 2003; TURNER *et al.*, 1999; UKPDS, 1998 *apud* GUIDONI & PEREIRA, 2009).

Tabela 7 – Características terapêuticas dos antidiabéticos orais disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Macaé

	Medicamento	Mecanismo de ação	Dose (mg/dia)	Duração da ação	Atividade dos metabólitos	Via de eliminação	Contra-indicação
Sulfoniluréia	GLI	- Aumento da secreção de insulina	2,5-15,0	Intermediária a longa ^a	Ativo	Bile ≈ 50,0%	Gravidez, IR e IH
	GCZ	- Aumento da secreção de insulina	80-320	Intermediária ^a	Inativo	Urina ≈ 65,0%	Gravidez, IR e IH
Biguanida	MET	Reduz a produção hepática de glicose; sensibilizador da ação insulínica	500-2550	-	Não possui metabólitos	Urina ≈ 90,0%	Gravidez, IR, IH, IC, IP, acidose grave, alcoolismo

^a longa >24h; intermediário 12-24h; curta <12h.
 GLI: Glibenclamida; GCZ: Glicazida; MET: Metformina.
 MED: Medicamento.
 IR: Insuficiência renal; IH: Insuficiência hepática; IC: Insuficiência cardíaca; IP: Insuficiência pulmonar.
 Fonte: Hundal e Inzucchi (2003); Rendell (2004)

Fonte: (GUIDONI & PEREIRA, 2009)

Destes medicamentos, os listados na lista de medicamentos utilizados até 2011, são: Metformina 500/850mg, Glibenclamida 5mg, Glicazida 30mg (MR) e 80mg, além das Insulinas Regular e NPH Humana 100UI f/a (**Tabela 7**). E os mais utilizados em ordem decrescente foram: Metformina, Glibenclamida e Glicazida entre os ADOs, sendo que as Insulinas Regular e NPH apresentaram o mesmo número de prescrições do ADO mais prescrito, Metformina, ou seja, 10 prescrições.

Embora todos os medicamentos constassem na lista de medicamentos utilizados até 2011, esse fato não garante a disponibilidade constante dos mesmos na rede pública. As interações muitas vezes não ocorreram necessariamente, devido à falta de acesso aos medicamentos, pois como foi dito, o acesso engloba não só a disponibilização e sua constância, como também o comportamento de busca do medicamento por parte do paciente.

Apesar de se obter informações importantes sobre as causas de ICSAP mais frequentes, no município, no período analisado, os dados obtidos para o estudo apresentam limitações requerendo cautela na sua utilização, pois o uso das CSAP como instrumento de monitoramento da AP requer que os dados sobre altas

hospitalares sejam completos, que os diagnósticos registrados sejam confiáveis, que as condições selecionadas como sensíveis à atenção ambulatorial sejam válidas e que os denominadores utilizados no cálculo dos coeficientes sejam a população efetivamente exposta ao risco de internação (MOURA *et al.*, 2010). Tratam-se de critérios dificilmente cumpridos integralmente no contexto brasileiro atual (PERPÉTUO & WONG, 2007).

Em primeiro lugar, se trata de um estudo descritivo baseado em dados secundários cuja fonte foram cadernos de internação manuseados por colaboradores de fora da área de saúde, o que abre a possibilidade de erros de anotação e ausência de dados. Além disso, os dados referem-se apenas às internações realizadas pelo SUS (PERPÉTUO & WONG, 2007).

Outra questão diz respeito às dúvidas quanto à precisão do diagnóstico utilizado para identificar as internações por CSAP. Estudos que analisam a qualidade dos dados contidos nos formulários de AIH indicam que informações clínicas podem não ser tão confiáveis (MATHIAS, 1994; TRAVASSOS & VERAS, 1992; apud HARTZ, 1997). Dentre estas, a variável de menor confiabilidade seria a do diagnóstico principal em relação aos procedimentos e atos médicos realizados (PERPÉTUO & WONG, 2007).

Houve algumas dificuldades devido a não correspondência entre as informações retiradas das anotações no início e no fim dos prontuários. As anotações diziam respeito ao motivo de internação (CID), medicamentos em uso antes da internação, etc. O não conhecimento dos medicamentos em uso por parte do paciente, parentes ou acompanhantes faz com que, muitas vezes se desconheça o tratamento a que o paciente esteja submetido. Esse fato resulta na descontinuidade terapêutica, pois no ambiente hospitalar muitas vezes se faz a administração de medicamentos diferentes dos que estão em uso pelo paciente. Daí a importância de ser efetuada a reconciliação terapêutica, no intuito de diminuir riscos associados ao medicamento e tornar a terapia eficaz.

Vários fatores favorecem a internação, entre eles estão a falta de acesso à atenção primária, a baixa procura dos serviços de atenção primária, a busca espontânea dos serviços especializados ou de urgência, características do indivíduo que busca atenção médica e mesmo a incapacidade da atenção primária à saúde

em resolver o problema, onde um dos fatores é a baixa resolutividade. (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). Um fator importante é o comportamento do paciente frente às medidas de saúde. Esse aspecto mostra a diferença entre cobertura populacional do serviço ambulatorial de saúde, que se refere à oferta de serviços por parte dos órgãos responsáveis, e acesso ao mesmo, que engloba a necessidade consciente e responsável do indivíduo em buscar o serviço para sanar seu problema de saúde. Outros fatores são a variabilidade da prática clínica hospitalar e as políticas de admissão dos centros (REHEM, 2011).

A efetividade dos serviços de saúde são uma das variáveis que explicam a ocorrência das ICSAP. Há outras variáveis como fatores socioeconômicos e a melhoria das condições de vida, que também contribuem decisivamente para a ocorrência ou não das ICSAP.

Medidas como melhorias na AP, com investimentos estruturais, na longitudinalidade e integridade da atenção, facilidade de acesso, coordenação efetiva da atenção, a consideração do contexto familiar e o estabelecimento de vínculos entre os serviços e a população, poderiam contribuir sobremaneira na diminuição da ocorrência das ICSAP.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou apresentar os dados iniciais sobre ICSAP no município de Macaé. Entre os pacientes internados por CSAP no período pesquisado, as mulheres (53,7%) eram a maioria. O período de internação mais frequente era de até 2 dias (20,2%), que juntamente com as informações acerca das CSAP pode denotar que as internações em grande parte foram resultado do agravamento (agudização) de condições crônicas. As causas gerais principais eram as CSAP: Pneumonia, ITU, HAS, Doenças Cerebrovasculares e DM, que juntas somavam mais de 70% das internações por CSAP. É importante salientar que dentre as internações por DM, havia muitos casos de complicações (infecções) como principal motivo de hospitalização. As mulheres tiveram como causa principal de internação a ITU (20,9%), seguida da HAS (13,6%) e Pneumonias (12,3%). Já os

homens (46,3%) apresentaram como causas principais de internação a Pneumonia (18,9%), seguida pelas doenças cerebrovasculares (13,3%) e a HAS (11,8%). Esses dados nos fazem perceber a alta prevalência da Pneumonia como CSAP no período, entre mulheres e homens, mesmo sendo essa uma doença infectocontagiosa passível de tratamento ambulatorial oferecido pelo município. O elevado número de mulheres adultas que apresentaram ITU como causa de internação alçou a condição à segunda colocação entre as causas mais prevalentes, apesar da exclusão das mulheres gestantes da pesquisa, que normalmente apresentam altas taxas de internação por ITU.

Em relação à origem dos pacientes internados por CSAP, eram provenientes dos bairros Parque Aeroporto (9,9%), Malvinas (8,0%) e Aroeira (7,8%), em sua maioria, sendo estes bairros de origem de uma significativa parcela do total de pacientes (25,7%). O Parque Aeroporto era um dos bairros mais populosos do município, e a maioria dos pacientes eram mulheres (52,8%). As CSAP mais prevalentes foram a ITU (15,6%), Pneumonia (14,6%) e Doenças cerebrovasculares (12,4%), que juntas responderam por quase a metade de todas as internações do bairro (42,6%). Entre as internações por Pneumonia, o Parque Aeroporto ocupou a primeira colocação (9,5%) sendo a principal causa de internação (35,0%) da maioria dos pacientes, que eram homens adultos.

As maiores taxas de internação por CSAP foram do bairro Nova Holanda (3,34 internações/ 100 hab.), que nos leva a concluir que a vulnerabilidade da população à essas condições era maior que em outras localidades. O dado pode servir para empreender medidas de intervenção como melhoria dos serviços ambulatoriais oferecidos à população local.

Em relação às informações acerca dos medicamentos em uso pelos pacientes antes da internação, percebeu-se que a maioria dos pacientes internados por HAS (60,3%) apresentavam informação sobre os medicamentos em uso, sendo fornecida pelos próprios pacientes ou pelo acompanhante no momento da internação ou posteriormente ainda no início do período. Os medicamentos mais utilizados pelos pacientes hipertensos eram Captopril (1º lugar), Losartan e AAS (2º lugar), Nifedipina, Amlodipina, Enalapril e Furosemida (3º lugar). Em relação aos pacientes internados por DM e complicações estes na maioria das vezes não

sabiam dizer que medicamentos usavam ou essa informação não estava registrada no prontuário. Os medicamentos mais utilizados para DM eram Metformina, Glibenclamida e Glicazida. Aqui uma observação necessária é a de que a prescrição de insulina muitas vezes foi feita nos dias seguintes à internação. Todos esses medicamentos estão na lista de medicamentos utilizados até 2011, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde. A ocorrência de polifarmácia é uma realidade presente e 22,2% dos pacientes se encontravam nessa condição, muitas vezes com vários medicamentos para a mesma condição, como no caso da HAS. Esse fato pode nos levar à avaliar a adesão dos pacientes ao tratamento ambulatorial e sua relação com as internações, principalmente por que a maioria da população atendida no SUS ainda é das classes C, D e E, mais vulnerável a erros como os de administração (esquecimento de doses, etc) e também por possuírem menor grau de escolaridade para compreender o próprio tratamento de saúde, que engloba principalmente no caso das doenças crônicas, a busca de qualidade de vida. Aqui mais uma vez se faz essencial a orientação médica, bem como o acompanhamento do farmacêutico, cujo papel ultrapassa a dispensação do medicamento, mas também o de agente de saúde que contribui para o uso racional dos medicamentos e conseqüente eficácia na recuperação e manutenção da saúde.

Os resultados encontrados permitirão a reflexão e direcionamento de futuros estudos bem como medidas de intervenção nos serviços de AB oferecidos à população.

Uma das ações possíveis é a implantação de PSF em bairros, como o Parque Aeroporto, onde segundo dados disponibilizados pelo site da Prefeitura Municipal de Macaé (2014), não possui PSF. Isso facilitaria o acesso da população local, que é a maior entre os bairros do município, aos serviços de AB. Outra medida seria a implantação de campanhas de combate às doenças infecciosas mais prevalentes, como a pneumonia bacteriana e a ITU, ou mesmo, a criação de programa específico, aos moldes dos já existentes, como o Programa de Tuberculose do município, e campanhas de educação em saúde que enfatizassem medidas de higiene pessoal. Medidas no âmbito do saneamento básico também seriam necessárias, já que as condições do ambiente em que a população vive contribui diretamente para o aumento desse tipo de doenças.

Outro fato é que grande parte das ICSAP ocorreram pela agudização de condições crônicas como HAS e DM. É necessário um acompanhamento mais intensivo da parte dos profissionais envolvidos na terapêutica dos pacientes, com intuito de melhorar sua adesão ao tratamento, bem como a mudança de hábitos para melhoria da qualidade de vida em geral. Daí a importância do farmacêutico como agente de saúde e a implantação do acompanhamento farmacoterápico para eficácia do tratamento.

7 Referências bibliográficas

ALFRADIQUE, M. A.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S.; OLIVEIRA, V. B.; SAMPAIO, L. F. R.; SIMONI, C.; TURCI, M. A. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337- 1349, 2009.

BERMÚDEZ-TAMAYO, C.; MÁRQUEZ-CALDERÓN, S.; RODRÍGUEZ DEL ÁGUILA, M.M.; PEREA-MILLA LÓPEZ, E.; ORTIZ ESPINOSA, J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. **Aten Primaria**; v. 33, n. 6, p. 305-11, 2004.

BILLINGS, J.; ZEITEL, L.; LUKOMNIK, J.; CAREY, T. S.; BLANK, A. E.; NEWMAN, L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Aff**, v. 12, p. 162-173, 1993.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008: define a lista brasileira de internações por condições sensíveis à Atenção Primária.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Orientações gerais para elaboração de editais-processo seletivo público:

agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b 48p. il.

Brasil. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Medicamentos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. DOU Seção I nº 215 pág. 18-22.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: MS, 1997.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.14, n.54, p.7-11, abr./ jun.1986.

GUIDONI, C.M.; PEREIRA, L.R.L. Estudo da utilização de medicamentos em usuários portadores de *Diabetes mellitus* atendidos pelo sistema único de saúde, 2009. 160f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

HARTZ, Z.M.A. (Org.) Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M.T.; FIGUEIREDO, W.S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, Oct. 2012 .

MACINKO, J.; OLIVEIRA, V. B.; TURCI, M. A.; GUANAIS, F. C.; BONOLO, P. F.; LIMA-COSTA, M. F. The influence of Primary care and hospitalization supply on

ambulatory care-sensitive hospitalization among adults in Brazil, 1999-2007.

American Journal of Public Health, v. 101, n. 10, 1963-1970, 2011.

MALTA, D.C.; DUARTE, E.C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.3, p. 765-776, 2007.

MEDRONHO, R. A.; BLOCK, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. 2. Ed. Atheneu, 2010.

MOURA B.L.A. *et al.* Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 10 (Supl. 1): S83-S91 nov., 2010.

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG – NESCON (Orgs.) 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. Projeto ICSAP Brasil, 2012.

Oliveira NAA. Análise das características das internações por condições sensíveis à Atenção Primária [monografia]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. Renovação da Atenção primária em Saúde nas Américas. 2005. Disponível em: http://www1.paho.org/portuguese/ad/th/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf. Acesso em: 12 fev 2014.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, (volume único), p. 11-26, 2011.

PAULA, Patrícia Aparecida Baumgratz de *et al* . Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, 2009.

PEIXOTO S.V.; GIATTI L.; ALFRADIQUE M.E.; LIMA-COSTA M.F. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saude.**; v. 13, n. 4, p. 239-46. out-dez 2004

PERPETUO, I. H. O.; WONG, L. R. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças do seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: Anais do Seminário de Economia Mineira. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2007.

PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.

PINHEIRO, J.M.G. Hospitalizações de residentes na região metropolitana de Porto Alegre/RS por Cistite, uma condição sensível à atenção primária (2008-2010). Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública. UFRGS, 2013.

PREFEITURA DE MACAÉ. Cidade. Disponível em <http://www.macaerj.gov.br/conteudo/leitura/titulo/desafio-e-levar-igualdade-para-todos>. Acesso em 28 ago 2014.

REHEM, T. C. M. S. B. Internações sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2011.

SECOLI, S.R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev Bras Enferm.** Brasília, jan-fev; v. 63, n.1, p.136-40, 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO CEARÁ. Lista de diagnósticos sensíveis à atenção ambulatorial da Secretaria de Estado da Saúde do Ceará. Fortaleza: Secretaria de Estado da Saúde do Ceará; 2001.

SILVA, J. P. V.; LIMA, J. C. Sistema de saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 43-73. 2005

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

TANAKA, O.Y; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Org.) **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. cap. 3, p.121-136.

VAN EYKEN, E.B.B.D.; MORAES, C.L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.111-123, jan 2009.

VERAS, R. P. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: Novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. **Revista USP**, n.51. p.72-85, 2001.

VERAS, R. P. & ALVES, M. I. C. A população idosa no Brasil: Considerações acerca do uso de indicadores de saúde, In: *Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80* (M. C. S. Minayo, org.), pp. 320-337, São Paulo: Editora Hucitec.1994

VUORI, H. Primary health care in Europe: problems and solutions. **Community Medicine**, Oxford (Oxfordshire, Reino Unido), v. 6, p.221-31, 1984.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (DBH VI). **Rev Bras Hipertens.** v.17, n.1, p. 31-43, 2010.

http://www.whooc.no/atc_ddd_index/. Acesso em: 25 out. 2014.

<http://www.macaee.rj.gov.br/saude/conteudo/titulo/postos-de-saude-da-familia>. Acesso em: 26 Nov. 2014.

ANEXO I – Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1.1	Coqueluche	A37
1.2	Difteria	A36
1.3	Tétano	A33 a A35
1.4	Parotidite	B26
1.5	Rubéola	B06
1.6	Sarampo	B05
1.7	Febre Amarela	A95
1.8	Hepatite B	B16
1.9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1.11	Tuberculose miliar	A19
1.12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1.16	Outras Tuberculosas	A18
1.17	Febre reumática	I00 a I02
1.18	Sífilis	A51 a A53
1.19	Malária	B50 a B54
001	Ascaridíase	B77
2	Gastroenterites infecciosas e complicações	
2.1	Desidratação	E86
2.2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3.1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4.1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéica calórica	E40 a E46
4.2	Outras deficiências	E50 a E64

	nutricionais	
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5.1	Otite média supurativa	H66
5.2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5.3	Sinusite aguda	J01
5.4	Faringite aguda	J02
5.5	Amigdalite aguda	J03
5.6	Infecção Aguda VAS	J06
5.7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6.1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6.2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6.3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6.4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6.5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7.1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8.1	Bronquite aguda	J20, J21
8.2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8.3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8.4	Bronquite crônica não especificada	J42
8.5	Enfisema	J43
8.6	Bronquectasia	J47
8.7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9.1	Hipertensão essencial	I10

9.2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10.1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11.1	Insuficiência Cardíaca	I50
11.3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12.1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13.1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13.2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13.3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14.1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15.1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15.2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15.3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15.4	Cistite	N30
15.5	Uretrite	N34
15.6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16.1	Erisipela	A46
16.2	Impetigo	L01
16.3	Abscesso cutâneo	L02

	furúnculo e carbúnculo	
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

**ANEXO II – RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO MUNICÍPIO DE
MACAÉ ATÉ O ANO DE 2011**

ITEM	DESCRIÇÃO DO MEDICAMENTO
1.	ACICLOVIR 200 mg comprimido
2.	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100mg comprimido
3.	ACIDO ACETILSALICÍLICO 500mg comprimido
4.	ACIDO FÓLICO 5mg comprimido
5.	ALBENDAZOL 40mg/ml suspensão oral frasco com 10ml
6.	ALBENDAZOL 400mg comprimido mastigável
7.	AMIODARONA 200mg comprimido
8.	AMBROXOL, cloridrato, xarope adulto fr.100 ml
9.	AMBROXOL, cloridrato, xarope infantil fr.100 ml
10.	AMINOFILINA 100mg comprimido
11.*	AMITRIPTILINA 25mg, cloridrato, comprimido
12.	AMOXICILINA 250mg suspensão oral frasco 60 ml
13.	AMOXICILINA 250mg suspensão oral frasco 150 ml
14.	AMOXICILINA 500mg cápsula
15.	ANLÓDIPINO 5mg, besilato comprimido
16.	ATENÓLÓL 50mg comprimido
17.	AZITROMICINA 500 mg comprimido
18.*	BIPERIDENO 2mg comprimido
19.	BROMOPRIDA 4 mg/ml gts c/ 20ml
20.	CÁLCIO,carbonato 500 mg comprimido
21.	CAPTÓPRIL 25mg comprimido
22.*	CARBAMAZEPINA 100mg/5ml frasco 100ml
23.*	CARBAMAZEPINA 200mg comprimido
24.	CARBONATO DE LÍTIO 300mg comprimido
25.	CEFALEXINA suspensão oral frasco 250mg/5ml frasco com 60ml
26.	CEFALEXINA suspensão oral frasco 250mg/5ml frasco com 100ml
27.	CEFALEXINA 500mg cápsula
28.	CETOCONAZOL 200mg comprimido
29.	CETOCONAZOL 20mg/g creme tubo 30g
30.	CINARIZINA 75mg comprimido
31.	CIPROFLOXACINA 500 mg comprimido
32.*	CLOMIPRAMINA 25mg comprimido
33.*	CLONAZEPAN 0,5mg comprimido
34.*	CLONAZEPAN 2mg comprimido
35.*	CLORPROMAZINA 25mg comprimido
36.*	CLORPROMAZINA 100mg comprimido
37.*	CLORPROMAZINA 40mg/ml frasco 20ml
38.	DEXAMETASONA 1% creme
39.	DEXCLORFENIRAMINA 0,4mg/ml solução oral frasco 100 ml
40.	DEXCLORFENIRAMINA 2mg comprimido

ITEM	DESCRIÇÃO DO MEDICAMENTO
41.	DICLOFENACO POTÁSSICO 50mg comprimido
42.	DIGOXINA 0,25 mg comprimido
43.	DIPIRONA 500mg comprimido
44.	DIPIRONA 500mg/ml gotas
45.*	DIAZEPAN 5mg comprimido
46.*	DIAZEPAN 10mg comprimido
47.	ENALAPRIL, maleato 20 mg comprimido
48.	ERITROMICINA 250 mg suspensão oral f rasco 60ml
49.	ERITROMICINA 500 mg comprimido
50.	ESPIRONOLACTONA 25mg comprimido
51.	ESPIRONOLACTONA 100mg comprimido
52.*	FENITONINA 100mg comprimido
53.*	FENOBARBITAL 100mg comprimido
54.*	FENOBARBITAL 4% sol oral frasco 20ml
55.	FUROSEMIDA 40mg comprimido
56.	FLUCONAZOL 150mg cápsula
57.*	HALOPERIDOL 1mg comprimido
58.*	HALOPERIDOL 5mg comprimido
59.*	HALOPERIDOL 2mg/ml solução oral 20 ml
60.	HIDROCLOROTIAZIDA 25 mg comprimido
61.	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO suspensão oral frasco 100ml
62.	HIOSCINA + DIPIRONA gotas
63.	HIOSCINA 10mg comprimido
64.	IBUPROFENO 50mg/ml solução oral
65.	IBUPROFENO 300mg comprimido
66.*	IMIPRAMINA 25mg comprimido
67.	INSULINA NPH Humana100 UI f/a
68.	INSULINA REGULAR Humana 100 UI f/a
69.	ISOSSORBIDA 20mg, mononitrato comprimido
70.	ISOSSORBIDA 40mg, mononitrato comprimido
71.	IVERMECTINA 6mg comprimido
72.	GLIBENCLAMIDA 5mg comprimido
73.	LEVODOPA 250mg + CARBIDOPA 25mg comprimido
74.	LEVONORGESTREL 0,15 mg + ETINILESTRADIOL 0,03 mg comprimido
75.	LEVONORGESTREL 0,75 mg comprimido
76.	MEDROXIPROGESTERONA 10mg, acetato, comprimido
77.	MEDROXIPROGESTERONA 150mg, acetato, f/a
78.	METFORMINA 850mg comprimido
79.	METILDOPA 250mg comprimido
80.	METOCLOPRAMIDA 0,4 % soluça oral gotas frasco 10ml
81.	METOCLOPRAMIDA 10mg comprimido
82.	METRONIDAZOL 250mg comprimido
83.	METRONIDAZOL creme vaginal tubo 50g
84.	METRONIDAZOL 200mg/5ml suspensão oral frasco 80ml

ITEM	DESCRIÇÃO DO MEDICAMENTO
85.	MICONAZOL 20mg/g creme vaginal tubo 60g
86.	NEOMICINA + BACITRACINA pomada
87.	NIFEDIPINA 10mg comprimido
88.	NIFEDIPINA 20mg comprimido retard
89.	NISTATINA creme vaginal tubo 60g
90.	NISTATINA suspensão oral frasco
91.	NORETISTERONA 0,35mg comprimido
92.	NORETISTERONA, enantado 50mg+ESTRADIOL, valerato 5mg seringa com 1ml
93.	OMEPRAZOL 20mg cápsula
94.	ÓXIDO DE ZINCO+VITAMINA A + D pomada tubo 45 g
95.	PARACETAMOL 200mg/ml gotas frasco 10ml
96.	PARACETAMOL 500mg comprimido
97.	PENICILINA G BENZATINA 1.200. 000 UI f/a
98.	PENICILINA G PROCAÍNA+ PENICILINA G POTÁSSICA 400 000 UI f/a
99.	PERMETRINA 1% loção capilar
100.	POLIVITAMÍNICO drágea
101.	POLIVITAMÍNICO solução oral frasco 100ml
102.	PREDNISONA 5mg comprimido
103.	PREDNISONA 20mg comprimido
104.	PROMETAZINA 25mg comprimido
105.	PROPRANOLOL 40mg comprimido
106.	RANITIDINA 150mg comprimido
107.	SAIS DE REIDRATAÇÃO oral, envelope
108.	SALBUTAMOL 2mg comprimido
109.	SALBUTAMOL 100mg/dose aerossol
110.	SINVASTATINA 20 mg comprimido
111.	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA NASAL gotas
112.	SULFATO de POLIMIXINA + LIDOCAÍNA gotas otológica
113.	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOP. 480 mg cpr.
114.	SULFAMETOXAZOL 200 mg + TRIMETOPRIMA 40mg suspensão oral frasco
115.	SULFATO FERROSO 40 mg comprimido
116.	SULFATO FERROSO gotas
117.	TIABENDAZOL 500 mg comprimido
118.	TIABENDAZOL suspensão oral
119.	VERAPAMIL 80mg comprimido
120.	VITAMINA DO COMPLEXO B drágea

* Medicamentos fornecidos pelo Programa de Saúde Mental (Farmácia Municipal Central, Farmácia Municipal do Aeroporto e Farmácia Municipal de Trapiche).