



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CAMPUS MACAÉ
CURSO DE FARMÁCIA



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

NÍVIA RODRIGUES STUCKENBRUCK

MACAÉ
JULHO DE 2015

NÍVIA RODRIGUES STUCKENBRUCK

TÍTULO: Avaliação das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de Crianças e Adolescentes residentes em Macaé, no período de 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 um dos requisitos para obtenção do título de farmacêutico.

Orientadora: Danielle Maria de Souza Sérgio dos Santos

MACAÉ
JULHO DE 2015

ERRATA

Folha	Local	Onde se lê	Leia-se
39	Mapa das ICSAP no ano 2008	Ajuda de Cima	Ajuda Somente

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar comigo em todos os momentos, guiando meus passos, me fazendo forte e perseverante.

A minha mãe por sempre priorizar meus estudos e abraçar os meus sonhos.

Ao Fernando pelo apoio e carinho.

Ao Victor por ser amoroso e dedicado.

A minha orientadora, Dr^a Danielle Santos por ter me conduzido com serenidade e compreensão, além do incentivo e aprendizado.

Aos professores da Faculdade de Farmácia por todo o conhecimento transmitido e pela contribuição para minha formação pessoal e acadêmica.

As amigas construídas ao longo do curso, por compartilharem essa experiência e por tornar esta jornada menos pesada com o bom humor de sempre.

A minha família e amigos pelo incentivo e torcida durante estes cinco anos.

Aos funcionários do Hospital Público de Macaé pela colaboração na coleta de dados.

Aos colegas da Farmácia Central pelas contribuições a este trabalho.

A FUNEMAC pelo fomento fornecido ao projeto.

LISTA DE QUADROS

1. Indicadores utilizados na pesquisa e respectivas fórmulas.....27

LISTA DE TABELAS

1. Descrição das ICSAP mais prevalentes (valores absolutos) entre crianças e adolescentes no município de Macaé – RJ, segundo sexo e bairro no período de 2007-2012.....30
2. Distribuição das ICSAP de crianças e adolescentes residentes no município de Macaé dos bairros que apresentam 50% de todas as internações, no período de 2007-2012.....35
3. Distribuição de ICSAP (nº de ICSAP/100 hab.) de crianças e adolescentes residentes nos bairros mais prevalentes do município de Macaé – RJ, no período de 2007-2012.....37
4. Descrição de crianças e adolescentes internados por asma e DM cujos prontuários apresentavam ou não informações sobre o uso de medicamentos antes da internação. Macaé 2007-2012.....46
5. Nº de pacientes internados por asma e DM com respectivos medicamentos utilizados antes da internação e seu código ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*).....48

LISTA DE FIGURAS

1. Mapa das ICSAP em crianças e adolescentes provenientes dos bairros mais prevalentes no ano 2007 - Macaé.....39

2. Mapa das ICSAP em crianças e adolescentes provenientes dos bairros mais prevalentes no ano 2008 - Macaé.....39

3. Mapa das ICSAP em crianças e adolescentes provenientes dos bairros mais prevalentes nos anos 2009 - Macaé.....40

4. Mapa das ICSAP em crianças e adolescentes provenientes dos bairros mais prevalentes no ano 2010 - Macaé.....40

5. Mapa das ICSAP em crianças e adolescentes provenientes dos bairros mais prevalentes nos anos 2011 - Macaé.....41

6. Mapa das ICSAP em crianças e adolescentes provenientes dos bairros mais prevalentes no ano 2012 - Macaé.....41

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSC – *Ambulatory Care Sensitive Conditions*
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AP – Atenção Primária
APS – Atenção Primária à Saúde
ATC – *Anatomical Therapeutic Chemical*
CID – Código Internacional de Doenças
CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CSAP – Condições Sensíveis à Atenção Primária
DAB – Departamento de Atenção Básica
DIAMOND – Projeto Multinacional para o Diabetes na Infância
DM – *Diabetes mellitus*
ESF – Estratégia Saúde da Família
HPM – Hospital Público de Macaé
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP – Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária
ITU – Infecção do Trato Urinário
NPH – *Neutral Protamine Hagedorn*
MS – Ministério da Saúde
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PACS – Programa de Agentes de Saúde
PNM – Política Nacional de Medicamentos
PROSAD – Programa Saúde do Adolescente
PSF – Programa Saúde da Família
REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN – Sistema de Informação de Agravos e Notificações
SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*
SUS – Sistema Único de Saúde
UNICEF – Fundo das Nações Unidas Para a Infância

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é continuação do projeto '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', com o objetivo de identificar, avaliar e conhecer as necessidades da população de crianças e adolescentes do município de Macaé.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	23
2.1. Objetivo geral	23
2.2. Objetivo específico	23
3. JUSTIFICATIVA.....	23
4. MÉTODO.....	25
4.1. Tipo de estudo	25
4.2. População.....	25
4.3. Local de estudo.....	25
4.4. Variáveis e indicadores.....	25
4.5. Fonte e coleta de dados.....	27
4.6. Processamento e análise de dados.....	27
4.7. Aspectos éticos.....	28
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
6. CONCLUSÃO.....	51
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

RESUMO

As internações por condições sensíveis à atenção primária são consideradas um indicador da capacidade resolutiva do sistema de saúde, representando um conjunto de problemas que seriam potencialmente evitáveis caso houvesse Atenção Primária contínua e oportuna. Este estudo teve como principal objetivo estudar o perfil municipal das internações infanto-juvenis aplicando o indicador ICSAP de 2007 a 2012. A população estudada foi constituída por crianças e adolescentes residentes em Macaé internados no Hospital Público de Macaé, com idade entre 0 a 17 anos completos caracterizados segundo, sexo, faixa etária e bairro. Ressaltando a importância do medicamento no tratamento e controle de agravos, foi analisado ainda o seu uso antes das internações de pacientes portadores de asma e diabetes *mellitus*, consideradas doenças crônicas. Os resultados revelam que no período foram internadas 1815 pessoas por CSAP, entre crianças e adolescentes, totalizando 14.214 dias de internação, nos quais o tempo médio de internação por pessoa foi 7,8 dias. Os meninos representam a maioria das internações (54,3%). A idade média do grupo geral foi quatro anos. No que se refere às condições mais prevalentes, foram observadas: Pneumonia (803; 37,3%), Bronquite Aguda (309; 14,4%), Infecção do Trato Urinário (228; 10,6%), Gastroenterite (151; 7,0%), Celulite (143; 6,6%), Asma (106; 4,9%) e Diabetes *mellitus* (45; 2,1%). O número de relatos de pacientes asmáticos e diabéticos internados que afirmaram uso de medicamentos antes da internação foi considerado muito baixo no que se refere aos dois agravos. Dentre estes registros, os medicamentos citados no tratamento da asma (Fenoterol e Ipratrópio), não constavam na lista de medicamentos disponibilizados até 2011 pela Secretaria Municipal de Saúde. Os resultados evidenciaram um alto número de internações evitáveis e que teriam, em uma atenção primária oportuna, resolutividade esperada. O estudo permite ainda, a reflexão sobre futuros estudos e acerca da importância do indicador ICSAP como uma ferramenta para a gestão em saúde, por possibilitar a visão da real assistência prestada.

Palavras-chave: Atenção Primária; Internações por condições sensíveis à atenção primária; Crianças e adolescentes.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) instituído pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990), instaurou um sistema público de saúde, no qual é idealizado um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, para a população de todo o Brasil, cujos princípios norteadores baseiam-se na descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde de forma integral, universal e equitativa aliada à participação social (BRAVO, 2001).

A construção do SUS, no fim da década de 1980, é considerada reflexo do Movimento de Reforma Sanitária, influenciada pelo processo de redemocratização do Brasil a partir do nascimento de diversos atores políticos, culminando na VIII Conferência Nacional de Saúde, marco histórico no ano de 1986. Este processo teve participação de distintos setores organizados da sociedade, interessados em reconstruir uma estrutura que pudesse atender as necessidades em saúde da população. Deste modo, houve consenso que para o setor da saúde no país, não era suficiente uma reforma administrativa e financeira, mas sim a ampliação do entendimento do conceito de saúde de acordo com as bases da reforma sanitária, o que originou o relatório utilizado na elaboração da Constituição de 1988 (ANDRADE, 2000).

No entanto, a implementação do SUS ocorreu de fato a partir da década de 1990, em um momento marcado pelas políticas neoliberais no país, unidas às enormes dívidas sociais oriundas das décadas anteriores, dentre as quais destaca-se o modelo de atenção à saúde médico-assistencial-privatista, de cunho curativista e hospitalocêntrico, o que levou ao descrédito da população por não corresponder de forma efetiva as demandas individuais e coletivas de assistência à saúde, culminando no sucateamento da saúde (MENDES, 2009).

Nesse contexto, foram criadas diferentes estratégias afim de reorganizar o modelo de atenção em saúde, visando uma maior cobertura dos serviços que fundamenta-se em uma nova ética social e cultural, cujo objetivo era a promoção da saúde sob a perspectiva da qualidade de vida da população. Desta forma, procurou-se por em prática um modelo de atenção primária à saúde de modo que a

integralidade das ações e dos serviços de saúde fosse implementado de maneira eficaz frente ao modelo convencional vigente (MACHADO, 2007).

O marco sobre a importância do impacto da Atenção Primária à Saúde (APS) para com a população se deu na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizado em Alma-Ata em 1978, na qual debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo reafirmaram a saúde como direito humano fundamental, orientando os países participantes a redirecionarem seus sistemas de saúde, de modo a proporcionar a atenção à saúde a toda população. Assim, como fruto da Conferência, foi produzido um relatório final que divulgou a atenção primária como o primeiro nível de atenção, de modo a desenvolver ações prioritárias consideradas estratégicas e de alto impacto na saúde da população, sendo definida como: (OMS/UNICEF, 1979)

“Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”
(OMS/UNICEF, 1979).

Dentre as ações estratégicas encontram-se os oito elementos fundamentais para as ações dos cuidados primários de saúde. São eles: educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de água e alimentos; programa de saúde materno-infantil, incluindo imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças mais comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção da saúde mental e promoção de boa alimentação (OMS/UNICEF, 1979).

Ainda durante a Conferência de Alma-Ata, foi proposta a meta 'Saúde para todos no ano 2000', cuja estratégia seria a reorganização dos Sistemas de Saúde por meio do desenvolvimento da atenção primária de maneira eficaz, visando alcançar o maior nível de saúde possível até o ano 2000, vencendo as barreiras sociais e econômicas que impediam parte da população mundial ter acesso à assistência à saúde (MATTA, 2007).

Através deste encontro, a OMS apresenta movimento a favor da medicina preventiva pautada no conceito da história natural da doença. Um dos marcos favoráveis à medicina preventiva, o Relatório Lalonde, publicado pelo Ministério da Saúde Canadense em 1974, promoveu uma política de saúde bem sucedida no país, por meio de uma reforma no sistema de saúde, mostrando a importância da Atenção Primária em Saúde eficaz como eixo organizador do sistema aos países em desenvolvimento (FERREIRA; BUSS, 2001; SANTOS; WESTPHAL *apud* FERRER, 2013).

Tais movimentos em defesa da medicina preventiva, têm início quando a medicina entra em crise devido seus altos custos, face a crise econômica desencadeada por um sistema cada vez mais especializado e tecnológico, deixando de ser compatíveis com os resultados para qualidade de vida das populações. Deste modo, inicia-se um questionamento sobre a capacidade da medicina em sanar os problemas de saúde, enfatizando a importância sobre a relação entre saúde e condições de vida, uma vez que nesse período, publicações debatiam visões inovadoras acerca do processo saúde-doença, incluindo determinantes sociais, além de questionamentos sobre a ineficiência do sistema de saúde comparado a experiências bem sucedidas como "médicos descalços chineses", que utilizavam a combinação de cuidados preventivos e terapêuticos (FERREIRA; BUSS, 2001).

Por tudo isso, tem início o interesse social e político por uma saúde diferente do modelo biomédico, reorientando a saúde pública, a partir de reflexões sobre a questão biológica da doença e os processos sócio-econômicos e políticos envolvidos, direcionando assim, novas práticas sanitárias que apresentavam intervenções sobre o processo saúde-doença (FERREIRA; BUSS, 2001; GIL, 2007).

Na década de 1990, a maioria dos países europeus e o Canadá reformularam os sistemas de saúde com enfoque no fortalecimento da APS como porta de entrada ao sistema de saúde e base organizadora de todo o sistema, garantindo ainda, o

acesso universal e uma ampla variedade de serviços ofertados. Em contrapartida, nos países em desenvolvimento houve uma ampliação da discussão acerca da saúde como um direito e necessidade de reduzir as desigualdades, uma vez que os gastos em saúde não atingiam os grupos sociais mais pobres, necessitando então, a implantação de ações que tivessem como pontos centrais a eficiência e a equidade, com foco nos segmentos mais vulneráveis da sociedade (SENNÁ, 2002). Entretanto no Brasil, predominou-se a prática da APS de caráter seletivo, sem garantir o acesso a todos os recursos do sistema (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008 *apud* FERRER, 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde substituiu a nomenclatura Atenção Primária por Atenção Básica em Saúde, devido à resistência de alguns atores ao termo APS, ao considerar sua interpretação inespecífica, por ser adotada de diferentes formas por diferentes países, devido a questões política, econômica e realidades sociais (FAUSTO, 2007). Desta forma, a APS passou a ser entendida como uma atenção seletiva para as populações carentes que não tinham acesso ao sistema de saúde, por focar somente nos oito elementos essenciais para ações de cuidado a saúde (VIEIRA, 1983; CANTILLANO, 1983 *apud* RIBEIRO, 2007), afastando-se da compreensão original definida em Alma-Ata. Ao passo que, o conceito de Atenção Básica proposto no Manual para a Organização da Atenção Básica, aprovado pela Portaria nº3.925 de 1998 (BRASIL,1998), é definido como “o conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção e os agravos, o tratamento e a reabilitação”, cujas diretrizes são baseadas na criação do SUS: a visão da saúde como direito universal, a integralidade da assistência, a equidade, a resolutividade e participação popular (FAUSTO, 2007).

Corroborando com a idéia de caráter seletivo, MELLO (2009), reafirma que a proposta da Atenção Primária (AP) seletiva seria um serviço de saúde orientado ao controle de doenças que apresentem a maior quantidade de óbitos e incapacidades.

Para MENDES (1994, *apud* RIBEIRO, 2007), o fato da AP ter sido inicialmente interpretada como uma atenção seletiva, impediu que esta fosse aplicada como uma concepção ampliada de estratégia destinada a apropriar, recombina, reorganizar e reorientar todos os recursos de todo o setor de saúde para toda a sociedade.

A disseminação de programas seletivos da AP, ganhou força com a emergência de governos neoliberais que apoiaram projetos de ajuda aos países em desenvolvimento nos anos 1980. Desta forma, houve a implementação de uma cesta mínima de serviços, em geral de baixa qualidade, uma vez que se tratava de projetos de baixo custo devido a política de redução de gastos públicos (FAUSTO, 2007; GIOVANELLA, 2009).

A AP é iniciada no Brasil, através do Programa de Agentes de Saúde (PACS), formulado pelo Ministério da Saúde em 1991, cujo objetivo foi contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, por meio da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e necessitadas, enfatizando as regiões Norte e Nordeste. Obtendo grande êxito no estado do Ceará que apresentou diminuição na taxa de mortalidade infantil, o que levou ao Ministério da Saúde perceber que este tipo de abordagem realizada pelo programa poderia ser importante para a organização do serviço básico de saúde nos municípios (VIANNA, 1998).

Sendo assim, o principal foco do PACS era a família e não somente o indivíduo, dentro das práticas de saúde, introduzindo assim, o conceito de área de cobertura por família. Além disso, o programa também apresentou uma nova forma de atuação em saúde, na qual não devia-se esperar a chegada da demanda para só então intervir, mas sim, atuar preventivamente, demonstrando, uma reorganização real da demanda (VIANNA, 1998).

Em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) é criado, baseado nas experiências inovadoras e de êxito como o PACS e o Programa Médico de Família no Rio de Janeiro, visando a reorganização do SUS e a municipalização, definindo-se a implantação do PSF em áreas de risco, prioritariamente (VIANNA, 1998).

A partir de 1998, após acrescentar novas proposições, normas e financiamento, o programa passou a ser considerado como estratégia (agora Estratégia Saúde da Família – ESF) para uma reestruturação do sistema de saúde, a partir da atenção básica, tendo agora um caráter permanente. Tem como foco principal a família e a comunidade, por meio de ações de acolhimento da população como porta de entrada para as Unidades de Saúde da Família, a visita domiciliar, objetivando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, planejando, programando e desenvolvendo as atividades de acordo com o diagnóstico situacional, visando a

integralidade das práticas através de uma equipe multidisciplinar (BRASIL, 2006; ARAÚJO, 2007).

As diretrizes da ESF têm por objetivo ampliar o acesso da APS, na qual é proposto que as unidades de saúde estejam situadas próximas às moradias, entendendo que essa área seja de responsabilidade da unidade, aumentando assim, o vínculo com a população local e entendendo o serviço como o primeiro nível de atenção do sistema de saúde (BRASIL, 2011). Nessa perspectiva, há discussões sobre a constituição de redes de atenção à saúde na qual a APS apresenta papel importante, passando de porta de entrada para ordenadora de todo o cuidado de pessoas dentro do sistema de saúde (BRASIL, 2010). PERPETUO; WONG (2006) reforçam ainda que a atenção primária desponta como um dos pilares da política de saúde no Brasil.

Para STARFIELD (2002), a APS se diferencia dos demais níveis assistenciais pelos atributos de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. O primeiro contato se refere a acessibilidade e uso do serviço a cada problema que necessite de assistência. Longitudinalidade implica a existência de uma fonte regular de atenção ao longo do tempo. Já a integralidade corresponde a articulações realizadas pelas unidades de APS para que o indivíduo receba toda a assistência necessária à sua saúde. A coordenação da atenção, por sua vez, requer o reconhecimento dos problemas a continuidade do cuidado por parte dos profissionais (STARFIELD, 2002).

Segundo BERMÚDEZ-TAMAYO (2004) e STARFIELD (2002), a APS bem estruturada e eficaz tem papel fundamental no que se refere à organização das redes de atenção e do sistema de saúde. Na qual uma avaliação constante contribui sobre conhecimentos importantes na tomada de decisões, sobre demanda e necessidades de saúde, expandindo assim, a funcionalidade do sistema.

Nesse sentido, FACCHINI (2006) afirma que uma avaliação e monitoramento das ações e resultados da APS são importantes para adequação das ações implementadas. Programas como o Sistema de Informação da Básica (SIAB) e o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, são iniciativas do governo para este fim.

Deste modo, um dos indicadores utilizados no Brasil tem a finalidade de avaliar o acesso e a efetividade da APS é o de internação por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). O ICSAP compreende um conjunto de problemas de saúde para

as quais a efetiva ação da AP pode reduzir o risco de hospitalizações por meio da prevenção do aparecimento do problema, diagnóstico precoce e tratamento de um episódio agudo ou controle e acompanhamento da doença ou condição crônica (ALFRADIQUE, 2009).

O conceito de ICSAP é oriundo do termo “*ambulatory care sensitive conditions*” (ACSC), desenvolvido por Billings et al.(1993) por meio de um estudo nos Estados Unidos que tinha por objetivo compreender o impacto do nível socioeconômico nas taxas de hospitalizações, no atendimento ambulatorial e na efetividade dos programas destinados a melhorar o acesso aos cuidados à saúde. A partir disso, as taxas de ICSAP são utilizadas como um indicador de acesso e efetividade da APS (NEDEL, 2010).

No Brasil, a lista de ICSAP foi publicada pelo Ministério da Saúde por meio da portaria nº 221 de 2008 (BRASIL, 2008). Construída a partir da realidade do país, foram considerados o perfil epidemiológico e o modelo de atenção existente, gerando uma lista nacional única (ALFRADIQUE, 2009).

Para a elaboração da lista nacional, formou-se um grupo de trabalho composto por especialistas, que por meio de revisões de literatura e reuniões de consenso entre pesquisadores e gestores de saúde, construiu-se uma lista composta por 120 categorias da CID-10 e 15 subcategorias, divididos em 19 grupos de diagnósticos organizados de acordo com as possibilidades de intervenção e a magnitude dos agravos.

A lista brasileira, difere das estrangeiras por apresentar um maior número de doenças infecto-contagiosas, devido ao perfil epidemiológico do país, que ainda apresenta prevalências significativas desses agravos. Houve também a não inclusão de agravos referentes à saúde mental devido à complexidade do processo da reforma psiquiátrica no Brasil e também pelo fato das ações desenvolvidas pela ESF nesta área ainda serem consideradas incipientes, gerando baixo impacto na desospitalização por causas psiquiátricas. Desta forma, é imprescindível que a lista de diagnósticos considerados evitáveis seja individual de cada país (ALFRADIQUE, 2009).

Assim, definiu-se que a lista nacional de ICSAP seria um instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar no que se

refere ao desempenho do sistema de saúde no âmbito federal, estadual e municipal (BRASIL, 2008).

Segundo ALFRADIQUE (2009), o propósito de uma lista brasileira de ICSAP é desenvolver mais uma ferramenta que possa contribuir para avaliar a AP e comparar o seu desempenho, visando aprimorar o planejamento e gestão de serviços de saúde do país.

Por ser um indicador de efetividade do nível primário de atenção à saúde, altas taxas de ICSAP indicam uma AP inadequada, na qual poderiam ser reduzidas por meio de ações eficientes da APS, diminuindo a gravidade do problema, minimizando as internações e podendo eliminar a ocorrência do agravo. Já as hospitalizações relacionadas a doenças imunizáveis, podem ser totalmente evitáveis e por fim, para doenças agudas as taxas de hospitalização podem ser reduzidas por meio do diagnóstico precoce e do tratamento em centros de AP; ou ainda, no caso de uma condição crônica, a ação oportuna da AP corresponde à redução de uma complicação aguda ou a diminuição da admissão e readmissão, bem como, o tempo de internação hospitalar (ELIAS, 2008; MACINKO, 2011).

Desta maneira, é possível compreender o poder da evitabilidade da AP no que se refere a eliminar ou reduzir danos causados por determinadas doenças e agravos na população, o que a faz elemento importante no desenvolvimento de um sistema de saúde efetivo e eficiente (CAMINAL, 2003).

Sendo os medicamentos o insumo essencial para o tratamento e cura de muitas doenças, a Lei Orgânica de Saúde (BRASIL,1990) dita a importância do acesso aos medicamentos ao estabelecer que é de responsabilidade do SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Neste sentido, o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Medicamentos (PNM), através da Portaria nº3.916 de 1998 (BRASIL,1998), cujo objetivo é promover ações efetivas visando melhorias das condições da assistência à saúde da população. Apresenta como uma das principais diretrizes a reorientação da assistência farmacêutica, que tem como propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, bem como o acesso da população àqueles considerados essenciais. Entretanto, o acesso efetivo de todos os usuários do SUS à assistência farmacêutica ainda é incipiente em muitos locais (GUERRA, 2004).

Nestes casos, a baixa disponibilidade de medicamentos essenciais em muitas unidades públicas de saúde, penaliza sobretudo, os indivíduos mais vulneráveis, àqueles de menor renda, que geralmente dependem da obtenção gratuita de medicamentos pelo setor público como única alternativa de tratamento (GUERRA, 2004).

Nesse sentido, o acesso a medicamentos essenciais também é considerado um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde, além de ser um determinante importante, para o cumprimento do tratamento prescrito. Estudos na literatura apontam que a falta de acesso a estes é uma das causas frequentes de retorno de pacientes aos serviços de saúde, pois acarreta em uma descontinuação do tratamento, podendo resultar ao agravamento do quadro e, conseqüentemente, o aumento dos gastos com a atenção secundária e terciária (PANIZ, 2008).

No que concerne os agravos de saúde considerados prioritários pelo Ministério da Saúde, há uma ênfase no campo da saúde da criança, uma vez que esse grupo populacional é vulnerável à diversas doenças, devido à imaturidade do sistema imunológico e ao desequilíbrio de diferentes fatores de risco, como o saneamento básico, a nutrição, a renda familiar e a assistência médica. Além disso, a atenção à saúde da criança é considerada área estratégica de responsabilidade da APS (BRASIL, 2006).

No que se refere ao papel da AP acerca da saúde infantil, Harzheim et al.(2004) afirmam que a maior parte das intervenções preventivas e curativas direcionadas aos problemas mais prevalentes nessa faixa etária, necessitam de tecnologia simples, dispensando cuidados hospitalares. Por outro lado, quando necessárias intervenções mais complexas, cuidados especializados ou hospitalares, os serviços de APS fazem a conexão entre os diferentes níveis, mantêm a continuidade do cuidado e reforçam, junto aos outros níveis, a importância dos fatores socioambientais sobre a saúde das crianças. Os autores ressaltam ainda que, dados os atributos da APS e sua concepção integral do processo saúde-doença, tais serviços são o espaço preferencial para a promoção da saúde infantil no âmbito sanitário, por prover cuidado de primeiro contato, contínuo, com ênfase em atividades de promoção e prevenção e de orientação familiar. Sendo assim, os serviços primários efetivos possibilitam todas as condições para o acompanhamento de qualidade a essa população específica.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde desenvolve programas de atenção à saúde infantil, nos quais os serviços de AP são responsáveis por desenvolver as ações consideradas essenciais para alcançar melhores resultados em saúde como a atenção ao pré-natal, o incentivo ao aleitamento materno e à alimentação saudável, o programa de imunização, o acompanhamento e vigilância sobre o crescimento e desenvolvimento, a prevenção de acidentes e medidas de prevenção e controle dos principais agravos que acometem essa população, como as infecções respiratórias agudas, a doença diarreia e os distúrbios nutricionais (BRASIL, 2004).

Em 2004, o MS lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil reafirmando a importância do cuidado integral que compreenda as necessidades e direitos da população infantil. A integralidade pautada na Agenda concilia-se com a atenção primária, uma vez que este nível de atenção aborda os problemas gerais das comunidades, promovendo a prevenção, cura e reabilitação, de modo a organizar e racionalizar o uso dos recursos básicos e especializados, visando a redução da mortalidade infantil (SILVA, 2009).

Conforme o MS, o Brasil assumiu junto com outros países o compromisso de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que foi proposto às nações pela OMS no ano 2000. Ao todo 191 países assinaram o acordo, que dentre as metas, prevê a redução da mortalidade infantil em 75% até 2015, com base nos índices de 1990 (BRASIL, 2004).

Faz-se menção ainda ao Pacto pela Vida, componente do Pacto pela Saúde de 2006, constituído por um conjunto de compromissos sanitários, incluindo a atenção à saúde da criança no que se refere à redução da mortalidade infantil, assumindo a estratégia de saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006).

No entanto, apesar dos importantes avanços observados na estruturação de políticas de atenção para a criança com medidas de saúde pública, muitas vezes simples e de baixo custo, como exemplo a terapia de reidratação oral, ainda são persistentes situações desfavoráveis no que se refere ao desenvolvimento do grupo infantil (SAMICO, 2003 *apud* INOCÊNCIO, 2014). Nesse sentido, pode-se destacar as ICSAPS infantis que, apesar de reduzidas ao longo dos anos no país, possuem alta representatividade no perfil de morbidade da população brasileira, sobretudo

para as faixas etárias menores de cinco anos (FERNANDES, 2009 *apud* INOCÊNCIO, 2014).

Em contrapartida, ao mesmo tempo que existem várias iniciativas e políticas voltada para a infância, nota-se uma lacuna relacionada ao público adolescente considerado segundo a literatura, um grupo vulnerável ao envolvimento com drogas, violência, incidência de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada, bem como agravos específicos, necessitando então de efetivas ações promotoras de saúde (BRASIL,1996).

Para isso, o MS criou em 1989 a primeira política pública para a população adolescente, o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), cujo princípio era a atenção integral a este grupo etário, fundamentado em uma política de promoção de saúde, com acesso por meio da AP com enfoque na prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 1996).

Segundo SANTOS; MACHADO (2012), apesar desta faixa etária constituir uma política específica, a atenção dispensada a este grupo é considerada fragmentada e de práticas voltadas para o assistencialismo, que se opõem às concepções promotoras da saúde. Isso culmina na baixa procura dos adolescentes às unidades de saúde, que se relaciona, em contrapartida, com a escassez de ações em saúde voltadas para esta população. Estes autores reforçam ainda um despreparo dos serviços de saúde no que se refere às práticas de cuidado com adolescentes, de modo a atender as peculiaridades e complexidades, faltando inclusive, um espaço atrativo e suporte apropriados às suas demandas, seja no campo da orientação, proteção ou recuperação da saúde.

Visto a importância destes dois grupos e da realidade desfavorável apresentada é que este trabalho tem o objetivo de avaliar as ICSAP de crianças e adolescentes, identificar os principais agravos que acometem estas faixas etárias, bem como analisar os medicamentos utilizados antes da internação, em pacientes com quadro de Asma e *Diabetes mellitus* (DM), destacando as classes terapêuticas a partir da lista de medicamentos utilizada pelo município de Macaé.

A escolha das patologias asma e DM se deu por ambas serem consideradas problemas de saúde pública de grande impacto na população infanto-juvenil. Segundo SILVA (2014), no Brasil, a asma é a doença que acomete com maior frequência crianças até nove anos. Já ARAÚJO (2014), afirma que a asma é terceira

causa mais comum de internação na população infantil e a doença crônica mais comum na adolescência, com prevalência média de 19% segundo dados brasileiros.

No que se refere ao Diabetes *mellitus*, ALMINO (2009), ressalta que nos países em desenvolvimento há uma tendência de aumento na prevalência do DM em todas as faixas etárias, sobretudo nos mais jovens, a qual já é considerada a segunda doença crônica mais comum na infância e adolescência no Brasil.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

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

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as ICSAP, segundo sexo, idade e faixa etária das crianças e adolescentes internados;
- Identificar as regiões prevalentes de residência das crianças e adolescentes internados por condições sensíveis à AP;
- Caracterizar os medicamentos em uso na amostra estudada de crianças e adolescentes portadores de Asma e Diabetes *mellitus* e suas complicações, segundo as classes terapêuticas e presença na lista de medicamentos utilizados até 2011 pelo município de Macaé.

2. 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 de petróleo gera desemprego e cria bolsões de pobreza e inchaço populacional, fazendo com que aumente a demanda por investimentos em creches, escolas, rede de saneamento, entre outros recursos, para atender à população crescente que a cidade não está preparada para comportar. A população infanto-juvenil sofre das

mesmas carências uma vez que pertencem à faixas etárias consideradas vulneráveis à ocorrência de diversos agravos e suas complicações, o que torna a AP um nível essencial na assistência deste grupo populacional, para um melhor manejo e controle da doença, almejando adesão adequada ao tratamento. Destacando-se ainda, o impacto da doença crônica na qualidade de vida da criança, do adolescente e da sua família, no que se refere à educação em saúde e ao apoio psicossocial na aceitação da doença crônica nestas faixas etárias. O que reflete diretamente na diminuição do número de hospitalizações desnecessárias, que por sua vez inviabiliza a utilização de leitos hospitalares, os quais poderiam estar disponíveis à demanda de cuidados intensivos, além da relação com o aumento dos custos hospitalares para a rede local.

Segundo dados do município, atualmente o SUS atende cerca de 86.250 pessoas, o que corresponde a 39,5% da população, incluindo 100% da população rural (DAB/MACAÉ, 2014).

Esta pesquisa tem o objetivo de conhecer melhor as necessidades locais, no que diz respeito à população infanto-juvenil. Esse conhecimento, considerado por STARFIELD (2002) 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 nas 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 avaliação da AP, no contexto atual em que é um dos pilares da política de saúde. 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; 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.

Aliado a esta realidade, sabe-se que o medicamento é um dos componentes essenciais para o tratamento de diversas patologias, sendo considerado a principal ferramenta terapêutica para a recuperação e/ou controle das condições de saúde da população. Assim, reforça-se a importância do efetivo acesso a estes por meio da assistência farmacêutica, de modo a garantir o cumprimento do tratamento de forma segura e eficaz.

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), residentes de Macaé, com idade de 0 a 17 anos completos, no período de 2007-2012.

Os partos foram excluídos do total de internações, uma vez que representam um desfecho natural da gestação e ocorrem apenas na metade da população (ALFRADIQUE et al.; 2009).

Em relação à análise do uso de medicamentos, a população avaliada foi a de pacientes portadores de Asma e DM, no período de 2007-2012. Para esta análise, foram excluídos os prontuários que causaram dúvidas no entendimento das anotações (ilegíveis) ou ainda preenchidos a lápis. Foram excluídos também, prontuários que 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 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 0 a 12 anos completos (crianças) e de 13 a 17 anos completos (adolescentes), de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990);
- Medicamentos em uso no momento da admissão no hospital - medicamentos (quando existentes e informados) que o paciente, asmático ou diabético utilizava antes de ser internado;
- Proporção de medicamentos em uso presentes na lista de medicamentos usados 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 AP bem como efetiva implantação da mesma na rede pública de saúde.

- Indicadores

Quadro 1: Indicadores utilizados na pesquisa e respectivas fórmulas.

Indicador	Fórmula
ICSAP por faixa etária dos pacientes	Total de internações sensíveis por à atenção primária à saúde, por faixa etária, dividido pelo total de internações sensíveis à atenção primária de pacientes residentes no mesmo local x 100
Proporção de medicamentos em uso presentes na lista municipal*	Total de medicamentos em uso presentes na lista municipal no momento de admissão, sobre o total de medicamentos em uso.

*Foi considerado como lista municipal uma vez que o município dispõe de uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) a partir do ano de 2013. A lista utilizada no estudo, diz respeito à uma relação de medicamentos confeccionada e disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Macaé – Divisão Especial de Farmácia contendo todos os medicamentos listados e descritos para o ano de 2011 (**ANEXO I**).

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 Asma e Diabetes *mellitus* 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 diagnóstico, totalizando 120 categorias da CID-10 (com três dígitos) e 15 subcategorias (com quatro dígitos) (**ANEXO II**).

4.6 Processamento e análise de dados

Realizou-se 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 o objetivo de facilitar a codificação dos 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 contou de estatísticas descritivas com estimativas de medidas de tendência central, de variabilidade e proporções.

Para 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.

4.7 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 CNS196/96, itens III.1. “a” e IV.1. “g”.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Coleta de Dados

A coleta de dados durou 12 meses (Março/2014 a Março/2015). As primeiras fontes de dados utilizadas foram os livros de internações ocorridas entre 2007-2012. Entretanto, vale ressaltar que não foram encontrados os registros de internações referentes ao período de 10/02/2008 a 01/07/2008, sendo assim, as informações sobre este período não puderam ser coletadas e avaliadas, subestimando os dados do ano de 2008.

A solicitação dos livros foi realizada 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 ocorreu à medida que se avançou na coleta. Utilizou-se a lista de CSAP brasileira contendo a relação de todos os agravos e seus respectivos códigos da CID-10, para uma melhor orientação da seleção dos pacientes, cujo motivo da internação era equivalente ao diagnóstico da lista de ICSAP. Os dados de cada paciente (nº de prontuário, nome, idade, sexo, endereço, código, data de entrada, data de saída, dias de internação) cuja causa da internação pertencia à lista de CSAP e suas respectivas CID, foram previamente organizados em uma planilha.

Houve ainda, 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 blocagem de dados, o que aumentaria o tempo necessário, tornando o estudo inviável.

5.2 Análise e caracterização das ICSAP

Os dados gerais, referentes a todos os anos de internações, foram organizados em uma tabela (**Tabela 1**), apresentando informações segundo o sexo, populações, CIDs e bairros mais prevalentes.

Tabela 1: Descrição das ICSAP mais prevalentes (valores absolutos) entre crianças e adolescentes residentes no município de Macaé-RJ, segundo sexo e bairro, no período de 2007-2012.

INTERNAÇÕES					
GRUPOS	GERAL	CRIANÇAS		ADOLESCENTES	
IDADE (x/DP/Moda)	0-17 (4,03/5,31/0)	MENINOS (2,31/3,25/0)	MENINAS (2,57/3,39/0)	13-17 (14,5/1,36/13)(15,8/1,15/16)	
Nº TOTAL DE INTERNAÇÕES N(%)	1.815	919 (50,6)	670 (36,9)	64 (3,5)	162 (8,9)
SETE CIDS MAIS PREVALENTES N(%)	N(%)	N (%) coloc*	N (%) coloc*	N (%) coloc*	N (%) coloc*
PNEUMONIA	803(37,3)	459(41,9) 1º	318(38,7) 1º	18(25,4) 2º	8(4,9) 4º
BRONQUITE AGUDA	309 (14,4)	192(17,5) 2º	117(14,3) 2º	0	0
ITU**	228 (10,6)	56(5,1) 5º	84(10,2) 3º	3(4,2) 7º	85(51,8) 1º
GASTROENTERITE	151 (7,0)	94(8,6) 3º	53(6,5) 4º	1(1,4) 13º	3(1,8) 9º
CELULITE***	143 (6,6)	75(6,8) 4º	42(5,1) 6º	22(31) 1º	4(2,4) 8º
ASMA	106 (4,9)	53(4,8) 6º	51(6,2) 5º	0	2(1,2) 13º
DIABETES MELLITUS	45 (2,1)	18(1,6) 9º	22(2,7) 7º	4(5,6) 3º	1(0,6) 18º
BAIRROS QUE TOTALIZAM 50% DAS INTERNAÇÕES N(%)					
LAGOMAR	220 (12,0)	123(13,2) 1º	73(10,8) 1º	5(7,6) 1º	19(11,7) 2º
MALVINAS	211 (11,5)	115(12,4) 2º	69(10,2) 2º	3(4,5) 8º	24(14,8) 1º
PARQUE AEROPORTO	139 (7,6)	76(8,2) 3º	46(6,8) 3º	5(7,6) 2º	12(7,4) 4º
AROEIRA	110 (6,0)	53(5,7) 5º	41(6,0) 4º	4(6,1) 3º	12(7,4) 3º
NOVA HOLANDA	109 (5,9)	58(6,2) 4º	36(5,3) 6º	4(6,1) 5º	11(6,8) 5º
BARRA DE MACAÉ	84 (4,6)	37(4,0) 6º	37(5,5) 5º	1(1,5) 19º	9(5,6) 6º
NOVA ESPERANÇA	51 (2,8)	21(2,3) 14º	20(2,9) 8º	4(6,1) 4º	6(3,7) 8º
DIAS DE INTERNAÇÃO (x/DP/Moda)	(7,83/9,09/2)	(8,59/10,95/3)	(7,59/6,72/4)	(7,84/7,52/2)	(4,52/4,84/2)

Coloc: % e colocação referentes às ICSAP em relação as sete CIDS mais prevalentes observadas neste estudo.

** Infecção no trato urinário.

***Trata-se de celulite bacteriana (CID L03), inserida no grupo de infecções de pele e tecido subcutâneo.

No período de 2007-2012 foi registrado um total de 1.815 internações por CSAP no HPM. O presente estudo revelou que deste total, 1.589 internações eram referentes às crianças, o que corresponde a um elevado percentual (87,5%) de internações por diagnósticos cuja resolubilidade compete à AP. Ressalta-se ainda que as crianças com menos de um ano de idade apresentaram 696 internações

(37,9%) neste período, porcentagem majoritária entre as faixas etárias (a próxima idade com maior número de internações foi para a população com até um ano completo, representando 13,6% das internações), o que aponta para uma maior atenção à saúde pelo município.

Ao analisar o grupo Geral (todos os pacientes de 0 a 17 anos completos), pode-se observar que o sexo masculino foi a maioria, correspondendo a 54,2%. O tempo de internação mínimo foi de menos de 24 horas, o máximo foi de 157 dias, totalizando 14.214 dias de internações evitáveis. No que se refere ao tempo médio de internação por pessoa, este foi de 7,8 dias (DP= 9,1, Moda= 2).

Em relação à população infantil, o tempo de permanência hospitalar variou de menos de 24 horas a 157 dias, obtendo-se um total de 12.979 dias de internação, no qual o tempo médio internação/pessoa foi de 8,2 (DP= 9,4, Moda= 2).

No que se refere ao grupo de adolescentes, esta população correspondeu a 226 internações do total (12,5%), cujo tempo mínimo de internação também foi inferior a 24 horas e o máximo de 42 dias, totalizando 1.235 dias de internação, com média de 5,4 dias de permanência hospitalar por pessoa (DP=5,9, Moda=2). Salienta-se que a população feminina representa 71,6% do grupo de adolescentes internados.

Diante dos resultados obtidos, verificou-se uma grande diferença ao comparar o total de dias de internação relacionados às crianças e aos adolescentes. Este resultado está de acordo com PERPÉTUO; WONG (2006) que afirmaram que o risco de internação é inversamente proporcional à idade. A chance de internação reduz e o estado de saúde melhora em relação ao aumento da idade da criança.

No entanto, quando analisada só a população infantil, a média de idade é de 2,4 anos (DP=3,3, Moda= 0). Enquanto que dos adolescentes foi observada uma média de 15,4 anos (DP=1,4, Moda=16), representando assim uma idade alta perante todos os adolescentes.

Quanto ao sexo, os meninos da população das crianças apresentaram maior frequência de ICSAP, 57,8%. Confirmando outros estudos que descrevem o sexo masculino como fator de risco associados à internação (CASTRO et al.; 2002). NASCIMENTO; TREVISOL (2014) apontam que é possível que diferenças culturais no tratamento de meninos e meninas exponham mais as crianças do sexo masculino

aos agentes infecciosos. Já no grupo referente aos adolescentes, as meninas apresentaram um maior percentual de hospitalização equivalente a 71,6%.

Dentre as causas de internação mais prevalentes encontradas na população estudada estão: pneumonia (803 internações), bronquite aguda (309 internações), seguidas pelas ITU (228 internações), gastroenterite (151 internações), celulite (143 internações), asma (106 internações) e DM (45 internações). Essas causas foram responsáveis por 82,9% do total de ICSAP no período estudado.

Como apontado por diversos estudos, a pneumonia continua como uma das CSAP predominantes na população que utilizam os serviços públicos de saúde (PERPÉTUO; WONG, 2006). Segundo REHEM et al. (2012), as pneumonias se apresentam como uma das três principais causas de internação em todas as idades.

Corroborando com REHEM et al. (2012), ao analisar os grupos de meninos e meninas crianças, a pneumonia ocupou o 1º lugar das CSAP, apresentando um elevado número de internações durante o período estudado, 459 e 318, respectivamente. No grupo de meninos adolescentes esta CSAP ocupou o 2º lugar, sendo apenas no grupo das meninas adolescentes um número menor de casos de internação, ocupando o 4º lugar, divergindo do estudo citado, mas ainda assim, próximo dos valores registrados.

A segunda CSAP com alta prevalência no grupo Geral foi a bronquite aguda, que acometeu entretanto, somente o grupo das crianças, apresentando um alto número de internações para os meninos, 192 casos, o que corrobora com estudos que afirmam que doenças do aparelho respiratório como pneumonia e bronquite aguda, representam as principais causas de internação de crianças no Brasil (OLIVEIRA, 2010).

Em sequência a discussão sobre as ICSAP que acometem o aparelho respiratório, destaca-se a asma. Este agravo se apresentou significativamente neste estudo, na população infantil, tanto no grupo dos meninos, quanto no grupo das meninas e ocupou o 5º e 6º lugares, respectivamente. Estudos realizados por REHEM et al. (2012), destacam a asma como uma das causas mais frequentes de CSAP em crianças. Em contrapartida, diferente da maioria dos estudos encontrados na literatura, com abordagem somente na população infantil, ARAUJO et al.(2014), apontam que adolescentes brasileiros portadores de asma na faixa de 13 a 14 anos, apresentaram prevalência de 19%.

Vale destacar que estudos recentes apontam a asma como um agravo com taxas de incidência e prevalência alarmantes nas últimas três décadas em todo o mundo, responsável por 350 mil internações e dois mil óbitos anualmente no Brasil (MELO et al. 2004, CARMO et al. 2011).

No que diz respeito a gastroenterite, BASTOS et al. (2013), em um estudo desenvolvido em Juiz de Fora, apontam esta condição como a segunda causa de internação nos anos de 2005-2009 em crianças, divergindo do que foi observado neste estudo, mas ainda se mantendo próximo quando comparados. Esta CSAP foi mais impactante no grupo das crianças, ocupando o 3º e 4º lugares para os meninos e meninas, e 13º e 9º para os meninos e meninas adolescentes, respectivamente. Neste sentido, OLIVEIRA (2010), afirma que doenças de fácil manejo e que não exigem tecnologias de custo elevado, como as gastroenterites, são condições sensíveis aos fatores socioeconômicos, aos investimentos públicos em saúde e à oferta de serviços. De acordo com Moura et al. (2010), apesar da tendência de redução em âmbito nacional e da existência de medidas terapêuticas efetivas de baixa complexidade, como a terapia de reidratação oral e a antibioticoterapia associada, este agravo persiste como um dos principais problemas de saúde, com grande representatividade no perfil de morbimortalidade em menores de cinco anos, gerando por sua vez, importantes demandas para o serviço de saúde.

Sobre as infecções de pele, caracterizadas pela celulite bacteriana, esta foi a principal causa de internação por CSAP do grupo dos meninos adolescentes, sendo a colocação mais próxima o 4º lugar, ocupado pelo grupo infantil do sexo masculino, que se apresenta de acordo com REHEM et al. (2012), que aponta por sua vez, as infecções de pele como uma das principais causas de CSAP em crianças. Contudo, não foi possível comparar este resultado a demais estudos da literatura, por não ser encontrado trabalhos com a população de adolescentes. Desta forma, sugere-se que o elevado percentual de agravos dermatológicos evitáveis, esteja relacionado a determinantes como fatores culturais e precariedade de condições socioeconômicas destes pacientes. Isto porque a celulite bacteriana, tem como principal causa a infecção da derme e do tecido subcutâneo quando invadidos por bactérias, por meio de uma área lesada, que pode causar inflamação, leucocitose e comprometimento dos vasos linfáticos (SOUZA, 2003).

No que se refere a ITU, o sexo feminino foi o mais acometido. Foi a 1º causa de ICSAP em meninas adolescentes e 3º lugar em meninas crianças, concordando com o trabalho de LOPES; TAVARES (2005), que observaram a maioria dos casos no sexo feminino, fato que se atribui à anatomia do corpo feminino. Analisando os lugares ocupados por este agravo nos grupos citados, é possível notar que estes não foram distantes, ao avaliar inclusive, os valores absolutos muito próximos do 1º para o 3º lugar, o que corrobora com os resultados de Moura et al. (2010), que analisaram as principais causas de internação por CSAP no Brasil em menores de 20 anos, afirmando que as ITU configuraram entre as principais causas de internação por CSAP somente na faixa etária de 10 a 19 anos.

Se tratando da DM, esta apresentou um maior número de casos na população infantil, ocupando os 9º e 7º lugares nos meninos e meninas, respectivamente. Este resultado está de acordo com Lebttag et al. (2009), que afirma que a população mais acometida pela DM é a infantil. Quanto a população adolescente, o número de casos foi significativamente menor, mas ainda assim, manteve uma alta representatividade na população do sexo masculino, ocupando o 3º lugar e o 18º na população feminina. Nesse contexto, ressalta-se a carência de estudos brasileiros atualizados sobre a DM tipo 1 para fins de comparação para as populações estudadas.

Campos et al. (1999), em estudo desenvolvido na cidade de Londrina, apontou a prevalência média de 2,3/10.000 habitantes na faixa etária até 14 anos. Já Lebttag et al. (2009), em estudo baseado em dados a nível nacional, afirma uma prevalência estimada de 0,2% e incidência variável conforme as regiões do país. Ainda de acordo com este autor, segundo dados da Sociedade Brasileira de Diabetes, um estudo realizado em São Paulo no ano de 2006 apresentou a taxa de incidência de 7,6/100.000 habitantes, já em Campina Grande no mesmo estudo, esta foi de 3,5/100.000 habitantes.

De acordo com Marcelino et al. (2005), vários estudos apontam o aumento da incidência e prevalência do DM tipo 1 a nível mundial, o que levou a criação do Projeto Multinacional para o Diabetes na Infância (DIAMOND), visando melhores estimativas e previsões da DM tipo 1.

Com relação a procedência dos pacientes, analisou-se as ICSAP mais prevalentes nos bairros que apresentaram 50% das internações (**Tabela 2**). Os

bairros que apresentaram as maiores prevalências pertenciam ao grupo dos bairros considerados mais populosos do município, segundo o Censo 2010 (IBGE, 2010).

Tabela 2: Distribuição das ICSAP de crianças e adolescentes residentes no Município de Macaé dos bairros que apresentaram 50% de todas as internações no período de 2007-2012.

Bairro	PNEUMONIA	BRONQUITE AGUDA	ITU	GASTRO-ENTERITE	CELULITE	ASMA	DIABETES MELLITUS
	N	N	N	N	N	N	N
	(N CR* / N ADOL**)	(N CR* / N ADOL**)	(N CR* / N ADOL**)	(N CR* / N ADOL**)	(N CR* / N ADOL**)	(N CR* / N ADOL**)	(N CR* / N ADOL**)
	(% em relação ao total de intern. por Pneumonia)	(% relação ao total de intern. Bronquite Aguda)	(% relação ao total de intern. ITU)	(% relação ao total de intern. Gastro-entrite)	(% relação ao total de intern. por Celulite)	(% relação ao total de intern. por Asma)	(% relação ao total de intern. por DM)
Lagomar	104 (103/1) (13)	42 (42/0) (13,6)	23 (13/10) (10,1)	16 (16/0) (10,6)	18 (13/5) (12,6)	11 (11/0) (10,4)	5 (5/0) (11,1)
Malvinas	94 (92/2) (11,7)	46 (46/0) (14,9)	29 (11/18) (12,7)	18 (18/0) (11,9)	18 (16/2) (12,6)	15 (14/1) (14,2)	0 (0/0) (0)
Parque Aeroporto	58 (56/2) (7,2)	20 (20/0) (6,5)	13 (7/6) (5,7)	9 (9/0) (6,0)	14 (13/1) (9,8)	5 (5/0) (4,7)	7 (6/1) (15,6)
Aroeira	47 (45/2) (5,9)	18 (18/0) (5,8)	12 (6/6) (5,3)	9 (9/0) (6,0)	8 (7/1) (5,6)	8 (7/1) (7,5)	2 (2/0) (4,4)
Nova Holanda	51 (49/2) (6,4)	12 (12/0) (3,9)	16 (8/8) (7,0)	10 (10/0) (6,6)	7 (6/1) (4,9)	5 (5/0) (4,7)	3 (3/0) (6,7)
Barra de Macaé	37 (36/1) (4,6)	13 (13/0) (4,2)	9 (9/0) (3,9)	4 (4/0) (2,6)	4 (3/1) (2,8)	5 (5/0) (4,7)	1 (1/0) (2,2)
Nova Esperança	27 (23/4) (3,4)	12 (12/0) (3,9)	4 (1/3) (1,8)	7 (6/1) (4,6)	0 (0/0) (0)	2 (2/0) (1,9)	0 (0/0) (0)
Nº Total da condição em todos os bairros	803	309	228	151	143	106	45
Nº Total da condição dos sete bairros prevalentes	418	163	106	73	69	51	18
(%)	(52)	(52,7)	(46,4)	(48,3)	(48,2)	(48,1)	(40)

* N CR: número de crianças.

** N ADOL: número de adolescentes.

Ao analisar os bairros que apresentaram 50% de todas as internações durante o período de 2007-2012, observou-se que em ambas populações, para a maioria dos bairros estudados, o primeiro lugar foi ocupado pelas seguintes condições: pneumonia (em todos os anos, com exceção dos bairros Parque Aeroporto e Malvinas nos anos de 2010 e 2011, respectivamente) e ITU, respectivamente.

Em termos absolutos, o bairro Lagomar ocupou o primeiro lugar entre todos os bairros, responsável também pelo maior número de ICSAP referente à pneumonia, a principal condição para a internação das crianças (correspondendo a 103 do total de 104 casos).

A CSAP que ocupou a segunda colocação em todos os bairros foi a bronquite aguda responsável por (52,7%). Nos quais os bairros mais acometidos foram Malvinas e Lagomar. Outra questão analisada relaciona-se com o alto valor absoluto desta condição na população infantil, que em contrapartida, não apresentou nenhum caso na população adolescente. Isto se deve a faixa etária, considerada um fator de risco para as doenças respiratórias, na qual os mais jovens são os mais acometidos devido a imaturidade do sistema imunológico e menor calibre das vias aéreas. Segundo Natali et al. (2011), as internações por doenças respiratórias em crianças e adolescentes, não ocorre de forma homogênea, nas quais as crianças até cinco anos são as mais susceptíveis à internação.

Em relação aos pacientes residentes nos bairros Malvinas e Nova Esperança, em valores absolutos, a condição ITU foi a única CSAP de todos os bairros cuja população de adolescentes apresentou um maior número de internações quando comparada à população infantil. Fato que difere dos demais bairros nos quais as crianças apresentam um maior número de casos de internações para todas as CSAP.

Os dados referentes aos bairros (**Tabela 2**), estão distribuídos em valores absolutos e podem levar a interpretações inexatas acerca da prevalência das ICSAP nos bairros. Desta forma, buscou-se obter valores relativos que evidenciassem a proporção entre as ICSAP e a população residente em cada bairro, obtendo-se assim, valores que mostrem a ordem de prevalência entre as CSAP pesquisadas (**Tabela 3**).

Ao avaliar o número de internações em relação ao número total de habitantes de cada bairro, segundo dados do Censo 2010, disponibilizado pelo Departamento Geo-Macaé, obteve-se uma nova ordem de prevalência entre os bairros.

Tabela 3: Distribuição de ICSAP (nº de ICSAP/100 hab.) de crianças e adolescentes residentes nos bairros mais prevalentes do município de Macaé-RJ, no período 2007-2012.

BAIRRO	POPULAÇÃO (Habitantes)	Nº de ICSAP	COLOCAÇÃO (Nº absoluto)	Nº de ICSAP/100 Hab.	COLOCAÇÃO (Nº Relativo)
NOVA HOLANDA	4578	109	5º	2,38	1º
MALVINAS	9434	211	2º	2,23	2º
LAGOMAR	17909	220	1º	1,22	3º
AROEIRA	12429	110	4º	0,88	4º
PARQUE AEROPORTO	16035	139	3º	0,86	5º
NOVA ESPERANÇA	7134	51	7º	0,71	6º
BARRA DE MACAÉ	13256	84	6º	0,63	7º

O bairro Nova Holanda que anteriormente ocupava o 5º lugar, passou a ser o 1º colocado, com a maior incidência de internação no período (2,38 internações/100 habitantes). Os bairros Malvinas e Aroeira permaneceram nas mesmas colocações anteriores. Já o bairro Lagomar, que em números absolutos era o 1º colocado, em números relativos se apresentou em duas posições inferiores e passou a ocupar a 3ª colocação. Assim como o Parque Aeroporto que antes estava em 3º lugar, assumiu a 5ª colocação em números relativos. Com a diferença de apenas uma posição, observa-se o bairro Barra de Macaé, anteriormente visto em 6º lugar. Bem como o ganho de uma posição referente ao Nova Esperança.

Para fins comparativos, utilizou-se os dados dispostos e as informações apresentadas no projeto-irmão deste, desenvolvido com adultos e idosos (AGUIAR, 2014). Tendo em vista que se trata de populações distintas, comparou-se a prevalência dos bairros com o objetivo de identificar possíveis problemas de acesso e sociais.

Ao comparar os bairros mais prevalentes em ambos os trabalhos, avaliou-se primeiramente os números absolutos e observou-se que apenas o bairro Malvinas coincidiu na mesma posição nos dois trabalhos, ocupando o 2^a lugar. Os demais bairros apresentaram oscilações referentes às colocações. A população adulta e idosa teve como bairros mais prevalentes, Parque Aeroporto ocupando o 1^o lugar, seguido do Aroeira com a 3^a colocação, Lagomar, Barra de Macaé, Centro, Nova Holanda e Visconde de Araújo, respectivamente.

No que se refere a comparação dos números relativos, somente o bairro Lagomar apresentou uma colocação diferente nos dois trabalhos. Enquanto que na população infanto-juvenil Lagomar ocupou a 3^a colocação, para adultos e idosos, este apresentou o último lugar (8^o lugar). A ordem dos demais bairros foi: Nova Holanda ocupando a 1^o colocação, seguido do Malvinas, Aroeira na 4^a posição e Parque Aeroporto, respectivamente. Diferentemente da população de crianças e adolescentes que apresentou o bairro Nova Esperança no 6^o lugar, a população de adultos e idosos apontou o Centro nesta colocação. Voltando a coincidir na 7^a posição com Barra de Macaé. Nota-se portanto, que há uma recorrência de bairros prevalentes, tanto na população infanto-juvenil quanto na de adultos e idosos e sugerem que, as populações destes bairros podem ser mais vulneráveis e ainda carecerem de acesso a serviços com características longitudinais, integrais e efetivos.

Com o objetivo de analisar as ICSAP considerando o período pesquisado, buscou-se traçar a evolução das ICSAP nos bairros mais prevalentes ao longo do tempo. Tendo em vista uma melhor visualização referente à evolução das mudanças, foram confeccionados mapas anuais de ICSAP, nos quais mostra-se os bairros mais prevalentes e os respectivos números de internações por CSAP.

FIGURA 1: Mapa das ICSAP em crianças e adolescentes provenientes dos bairros mais prevalentes no ano 2007 – Macaé.

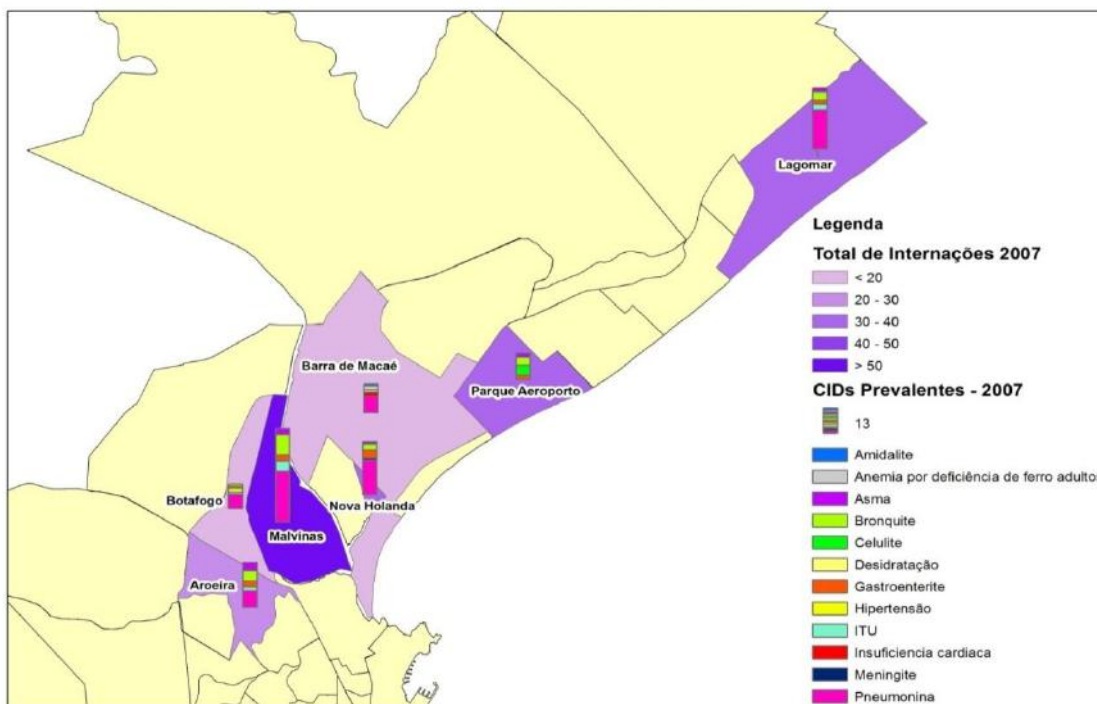


FIGURA 2: Mapa das ICSAP em crianças e adolescentes provenientes dos bairros mais prevalentes no ano 2008 – Macaé.

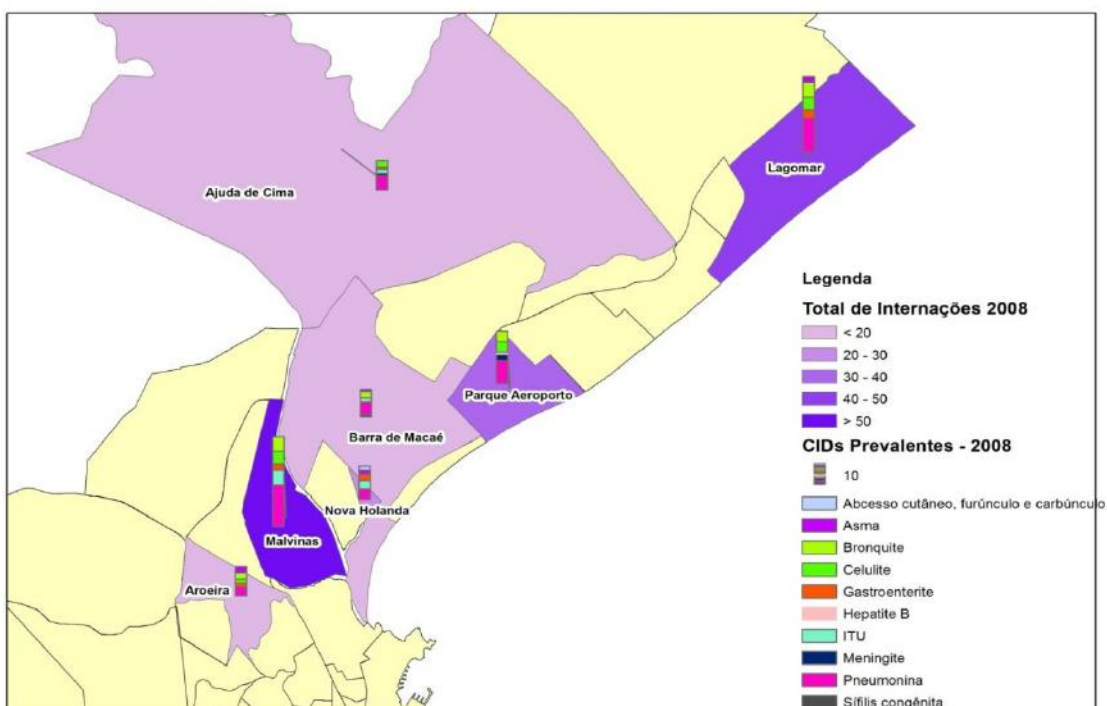


FIGURA 3: Mapa das ICSAP em crianças e adolescentes provenientes dos bairros mais prevalentes no ano 2009 – Macaé.

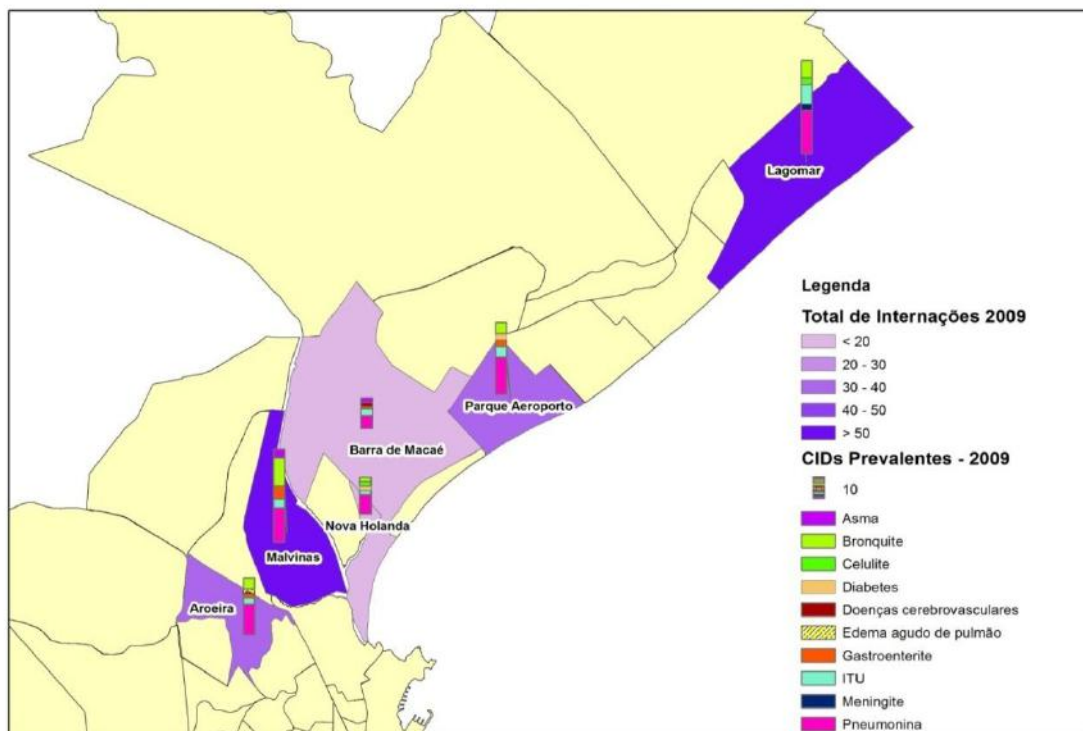


FIGURA 4: Mapa das ICSAP em crianças e adolescentes provenientes dos bairros mais prevalentes no ano 2010 – Macaé.

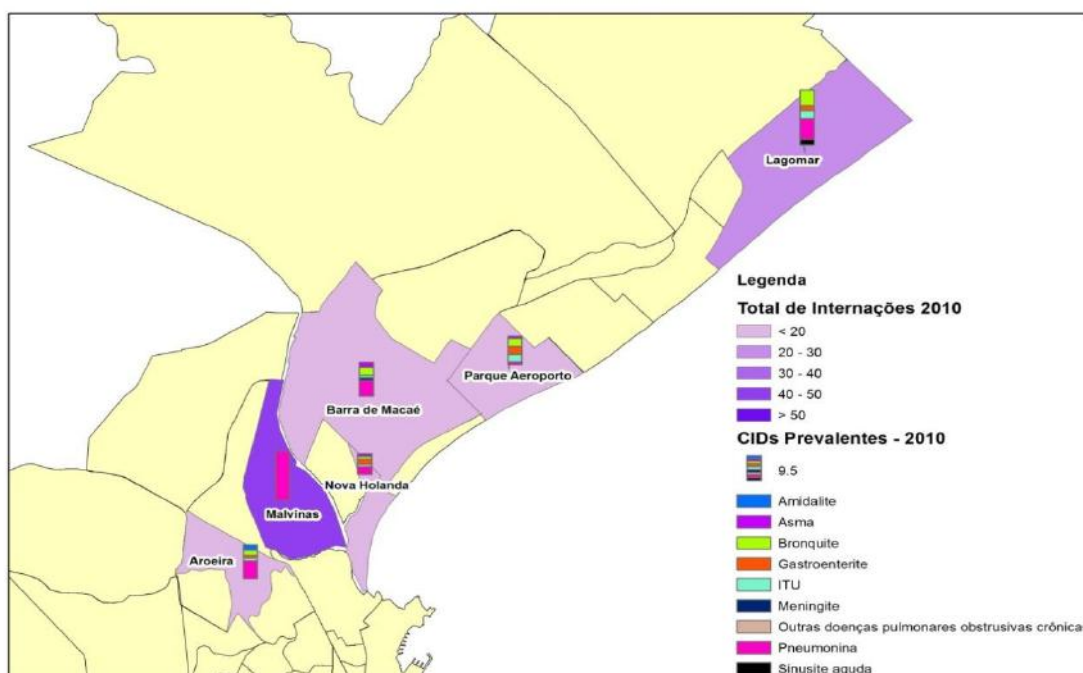


FIGURA 5: Mapa das ICSAP em crianças e adolescentes provenientes dos bairros mais prevalentes no ano 2011 – Macaé.

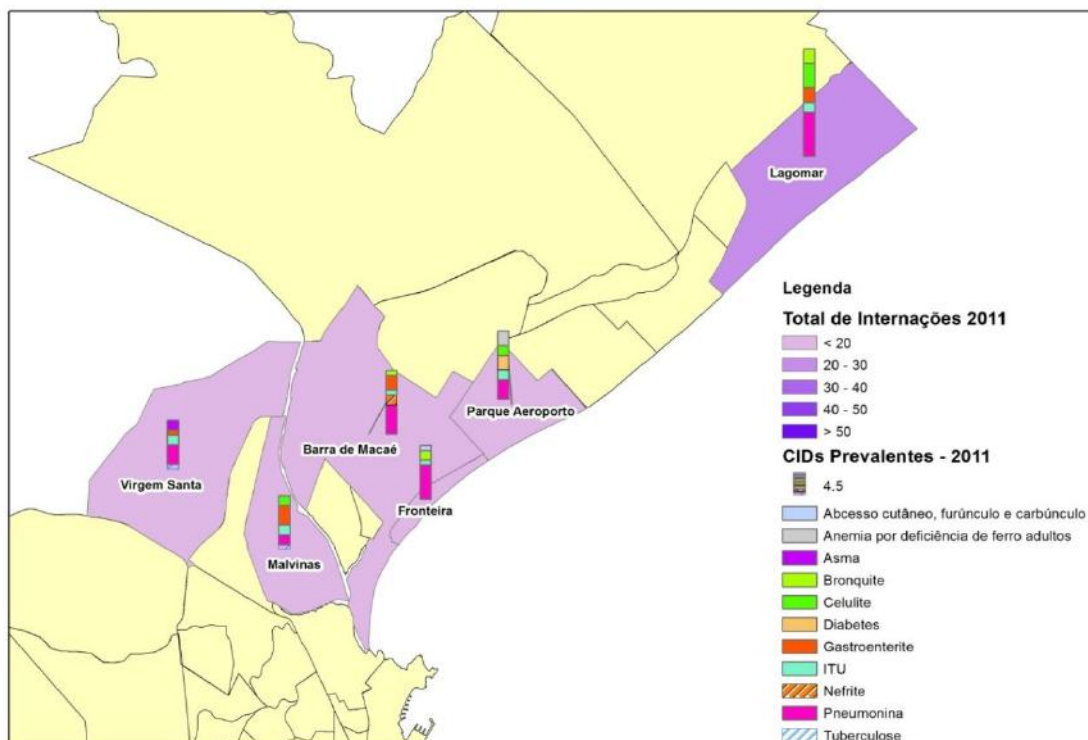
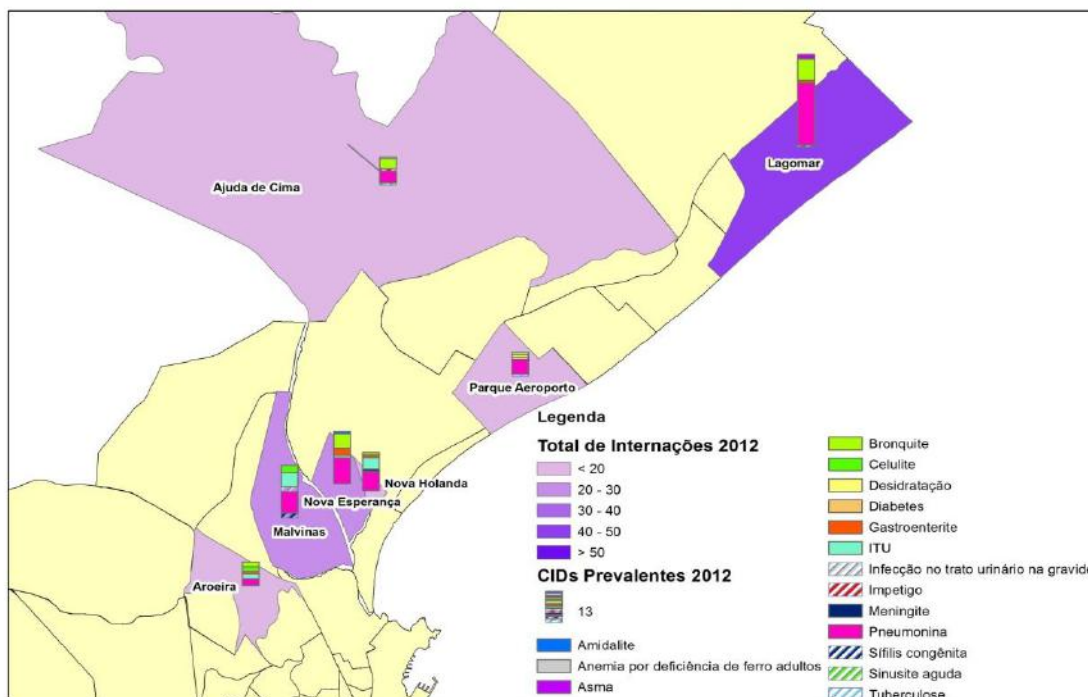


FIGURA 6: Mapa das ICSAP em crianças e adolescentes provenientes dos bairros mais prevalentes no ano 2012 – Macaé.



5.2.1 Lagomar

O bairro Lagomar esteve entre os dois bairros que apresentaram as maiores incidências de internação em todos os anos. Nos anos de 2009, 2011 e 2012 foi responsável pelos maiores números de internações quando comparado aos demais bairros. A asma configurou como uma das cinco CSAP mais prevalentes nos anos de 2007, 2008 e 2012. Pneumonia e bronquite aguda foram as duas principais causas de internação ao longo do período estudado (exceto no ano de 2009, no qual a ITU foi a 2ª causa principal). A ITU sempre esteve entre as cinco condições mais prevalentes, embora no ano de 2012, esta tenha apresentado uma colocação inferior. Revezaram-se ainda, no decorrer do período, as condições gastroenterite, sinusite e celulite. Salienta-se que ano de 2009, a meningite foi a 4ª CSAP, único ano em que esta condição se tornou uma das cinco mais prevalentes.

Embora seja o bairro mais populoso entre os bairros mais prevalentes, em valores relativos, passou a ocupar a 3ª posição em internações por CSAP.

5.2.2 Malvinas

Malvinas é o bairro com o maior número de casos de internação em todos os anos (com exceção do ano de 2011, no qual foi o 3º bairro mais prevalente). Apresentou a segunda maior incidência de internação/100 habitantes. A pneumonia foi a principal condição para internação em todos os anos neste bairro. Contudo, no ano de 2011, esta condição foi alterada para gastroenterite como ICSAP mais prevalente, e ainda neste ano, a tuberculose configurou como a 5ª causa de internação.

Outra CSAP que antes não estava entre as cinco causas mais prevalentes e passou a fazer parte no ano de 2011 foi a tuberculose, que ocupou o 5º lugar. Assim como, a condição sífilis congênita, em 2012.

A asma esteve presente como uma das causas principais nos anos 2007, 2009 e 2010.

Vale ressaltar que o bairro Malvinas apresentou a mesma colocação em números absolutos e relativos. O que sugere que a população deste bairro apresentou uma maior vulnerabilidade quanto às condições infectocontagiosas.

Foi possível constatar ainda, durante o período estudado, que apesar deste bairro ter apresentado as maiores taxas de internação, há uma pequena tendência de declínio quanto aos números de internações no decorrer dos anos.

5.2.3 Parque Aeroporto

Considerado o segundo bairro mais populoso entre os bairros mais prevalentes, o Parque Aeroporto sempre esteve entre os três bairros com maiores números de internações, exceto nos anos 2010 e 2012, que se apresentou em posição inferior, mas ainda continuou entre os cinco bairros com maiores prevalências. Para este bairro, a asma começou o período entre as cinco CSAP mais prevalentes (5º lugar). Posteriormente, passou a colocações inferiores até 2010, no qual retornou ao 5º lugar novamente, não configurando as cinco CSAP nos anos sucessores. Já a DM, foi uma CSAP prevalente nos anos de 2009, 2011 e 2012.

Pneumonia permaneceu como a 1ª CSAP mais prevalente durante todo o período, exceto no ano de 2010, no qual assumiu a 4ª posição dando lugar à gastroenterite. Esta por sua vez, configurou a lista das cinco CSAP mais prevalentes nos anos de 2007, 2009 e 2010.

Observou-se ainda, a presença de CSAP não recorrentes entre os bairros tais como: meningite e hepatite B ambas no ano de 2008, ocupando o 4º e 5º lugar, respectivamente; anemia no ano de 2011 como a 2ª CSAP mais prevalente neste ano; e por fim, a tuberculose e a desidratação assumindo a 2ª e 3ª posição, respectivamente, no ano de 2012.

5.2.4 Aroeira

A pneumonia foi a principal causa de internação em todo o período no bairro Aroeira. A asma configurou o 3º e 2º lugares nos anos de 2007 e 2008, apresentando posições inferiores ao 5º lugar nos demais anos. A condição ITU permaneceu entre as cinco CSAP mais prevalentes, com exceção do ano de 2011. Bem como a bronquite e gastroenterite que não estão presentes apenas no ano de 2011.

Um fato importante foi a presença de condições não vistas anteriormente a partir de 2009, tais como: o edema agudo de pulmão neste ano como 5ª causa mais

prevalente; a amigdalite que ocupou a 2ª posição em 2010 e ainda, as condições otite, nefrite e impetigo como 3º, 4º e 5º lugares no ano de 2011.

5.2.5 Nova Holanda

Considerado um dos bairros menos populosos dentre os bairros mais prevalentes, Nova Holanda apresentou entretanto, a maior incidência de internação/100 habitantes. Contudo, no ano de 2011, este bairro não esteve entre os mais prevalentes.

A pneumonia foi a principal causa de internação, assim como nos demais bairros. A asma configurou no grupo com exceção dos anos 2009 e 2012. Já o DM só esteve presente como uma das cinco CSAP mais prevalentes no ano de 2009. A gastroenterite foi outra condição recorrente ao longo dos anos, esta não esteve presente entre as cinco somente no ano 2009, assim como o DM.

Dentre as condições menos comuns, encontrou-se a meningite no ano de 2007 com a 4ª CSAP mais prevalente e em 2012, no qual ocupou uma posição acima. Neste bairro foi observado ainda, a presença da condição abscesso cutâneo, carbúnculo e furúnculo como a 5ª causa em 2008, bem como outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas em 2010 na 5ª posição.

5.2.6 Barra de Macaé

O bairro Barra de Macaé, embora considerado um dos mais populosos, apresentou o valor absoluto mais baixo, assim como a menor incidência de internação/100 habitantes em comparação aos demais bairros. No ano de 2007, este bairro apresentou entre as cinco CSAP mais prevalentes, as condições mais distintas até então, sendo elas: anemia, insuficiência cardíaca, desidratação e amigdalite como 2ª, 3ª, 4ª e 5ª causas, respectivamente. Já no ano de 2008, a sífilis congênita configura o 4º lugar.

No ano de 2009, foi constatada a presença da condição doenças cerebrovasculares ocupando o 4º lugar entre as cinco principais CSAP neste bairro pela única vez. Ocorrendo o mesmo fato no ano de 2010 com a condição meningite e em 2011 com a nefrite.

Um fato importante é que diferentemente dos demais bairros, Barra de Macaé apresentou altas prevalências com a condição asma, ocupando em 2008 o 2º lugar entre as causas de internação e a 3ª colocação nos anos 2009 e 2010.

Vale ressaltar ainda, que no ano de 2012, o bairro Barra de Macaé não configurou entre os bairros mais prevalentes.

De um modo geral, foi possível notar que embora a ocorrência de determinadas condições sejam específicas de uma população, as sete condições patológicas mais prevalentes corresponderam a 82,9% das internações potencialmente evitáveis.

Salienta-se a importância da AP nos casos de sífilis congênita (inclusive no que se refere à vigilância epidemiológica). Trata-se de uma condição diagnosticada ainda no início do pré-natal e acompanhada até o terceiro trimestre da gestação, por meio de testes sorológicos, o que demonstra ser uma condição de fácil diagnóstico e tratamento, uma vez que o conhecimento precoce aliado ao tratamento adequado, constituem etapas indispensáveis à redução da prevalência desta DST, caso não ocorra o diagnóstico e tratamento durante a gestação, pode levar a perda fetal, parto prematuro ou o nascimento de uma criança com sífilis congênita, muitas vezes assintomática, com sérias repercussões futuras (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004). Ainda de acordo com estes autores, nos últimos anos houve um aumento da prevalência de sífilis em países em desenvolvimento e industrializados. Segundo dados do MS, entre os anos 2005-2012, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN) 57.700 casos de sífilis congênita, dos quais as maiores prevalências se deram nas regiões Sudeste e Nordeste (BRASIL, 2012).

Tendo em vista a presença de casos de meningite nos anos estudados, seria interessante fazer uma análise sobre qual o tipo de meningite, viral ou bacteriana, foi diagnosticada. No entanto, nos livros de internações não há essa diferenciação, o que impede tanto a análise, como a comparação com outros dados.

5.3 Análise de Prontuários

Após o término da coleta de dados, foi preparada outra planilha com os dados dos pacientes cujo motivo da internação foram CSAP classificadas em função do seu alto impacto, baseados em dados da literatura que apontam números crescentes de incidência e conseqüentemente prevalência, por se tratar de uma

condição crônica, na população estudada. Foram selecionados pacientes que pertenciam a população de crianças e adolescentes cujas internações tinham ocorrido pelas CSAP asma e DM. Uma lista contendo nome, número de prontuário, data de entrada e data de saída dos pacientes selecionados foi elaborada e entregue ao Setor de Faturamento para que o colaborador responsável confirmasse os dados de internação dos pacientes e solicitasse os prontuários ao Setor de Arquivamento. Após a conferência, o colaborador procedia à liberação de uma quantidade semanal de prontuários. Anexados a estes encontrava-se também os Formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que continham informações como causa de internação ou diagnóstico (com CID), medicamentos utilizados antes do atendimento, parecer de fisioterapeutas e assistentes sociais, entre outras informações importantes. Foi combinado entre as partes o fornecimento de uma quantidade média de 10-15 prontuários por semana.

5.3.1 Medicamentos utilizados antes do período de internações pelos pacientes portadores de asma e DM

Por considerar os medicamentos o insumo essencial para o tratamento e cura de muitas doenças, o presente estudo teve por objetivo também determinar o número de pacientes que tinham em seus prontuários a descrição de medicamentos em uso antes da internação, caso existissem e fossem informados, segundo as classes terapêuticas e presença na lista de medicamentos utilizada até 2011.

Baseados nas informações disponíveis nos prontuários, foi possível tabular os dados acerca do uso de medicamentos pelos pacientes antes da internação por asma e DM (**Tabela 4**).

Tabela 4: Descrição de crianças e adolescentes internados por asma e DM cujos prontuários apresentavam ou não informações sobre o uso de medicamentos antes da internação. Macaé 2007-2012.

CSAP / INFORMAÇÃO MEDICAMENTO	ASMA Nº Intern. (%)	DM Nº Intern. (%)
SIM	6 (6%)	15 (52%)
NÃO	91 (94%)	14 (48%)
TOTAL	97 (100%)	29 (100%)

No período estudado, verificou-se 102 prontuários de internações decorrentes da asma e suas complicações. Deste total, um prontuário não foi encontrado pelos colaboradores e quatro prontuários foram excluídos por apresentarem divergências sobre a causa da internação documentada no prontuário e no livro de internação, o que demonstra a possibilidade de ocorrer erros, uma vez que os dados são transcritos por funcionários que não pertencem à área da saúde e muitas vezes não treinados para a função.

A partir de um novo total de 97 prontuários, apenas seis indicaram o uso domiciliar de medicamentos para o controle da asma (6%).

No que se refere aos pacientes internados em decorrência da DM e suas complicações, sete prontuários não foram encontrados pelos colaboradores, restando um total de 38. Seguindo os critérios de exclusão, os prontuários que apresentaram causas de internação divergentes no livro, bem como aqueles cujos diagnósticos foram realizados no momento da internação, também foram desconsiderados, somando nove casos. Sendo assim, o total de pacientes internados por DM cujos prontuários foram analisados foi de 29 pessoas. A maioria dos prontuários apresentaram informações evidenciando o uso domiciliar de medicamentos (52%).

Diante disso, surgem questionamentos quanto à qualidade dos registros e prontuários acerca da ilegibilidade e falha na documentação dos processos de admissão e alta hospitalar, uma vez que a junção destes fatores limitou a amostra e influenciou diretamente os resultados.

O percentual dos relatos sobre o uso de medicamentos, anteriores a internação, se mostrou muito baixo, o que pode ocasionar erros no tratamento, uma vez que o prontuário deve apresentar informações mínimas sobre os medicamentos utilizados pelo paciente antes da admissão hospitalar, tais como o nome do medicamento, dose e esquema de administração, duração da terapia e indicação do medicamento, incluindo também, mudanças recentes como suspensão e efeitos adversos, se evidentes. Isso ainda facilita a continuidade do tratamento medicamentoso, no momento da admissão até a alta do paciente, efetuando assim, a conciliação medicamentosa, o que oferece um menor risco associado ao medicamento, bem como o aumento da eficácia na terapia (FIOCRUZ, 2014).

Durante a análise dos prontuários, foi possível identificar três medicamentos para o controle da asma e dois para DM (**Tabela 5**).

Tabela 5: Nº de pacientes internados por asma e DM, respectivos medicamentos utilizados antes da internação e seu código ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*).

CÓDIGO ATC	PRINCÍPIO ATIVO	CLASSE FARMACOLÓGICA	Nº PACIENTES
ASMA			
G02CA03	Fenoterol	Agonista $\beta 2$ seletivo	5
R01AX03 / R03BB01	Ipratrópio	Agente anticolinérgico	1
R03AC02	Salbutamol	Agonista $\beta 2$ adrenérgico	1
DIABETES MELLITUS			
A10AB04	Insulina	Ação ultrarrápida (Humalog)	2
A10AB01	Insulina	Ação rápida (Regular)	1
A10AC01	Insulina	Ação intermediária (NPH)	11
A10AE04	Insulina	Ação lenta (Lantus)	2

Durante o período estudado, um fato que chamou a atenção foi que dois dos três medicamentos utilizados no controle da asma, Fenoterol (agonista $\beta 2$) e Ipratrópio (agente anticolinérgico), não constavam na lista de medicamentos utilizada até 2011. Vale ressaltar que estes eram os medicamentos mais prescritos nos prontuários analisados tanto no uso domiciliar, quanto no período de internação. O mesmo foi observado quanto aos casos de DM. O município dispunha na rede, de duas dos quatro tipos de insulina mencionados pelos pacientes (Regular e NPH), os tipos de ação ultrarrápida (Humalog) e de ação lenta (Lantus), são obtidas apenas comprando. Entretanto, uma pequena parcela utiliza esses tipos de insulina, sendo a sua maioria contemplada pela insulina presente na Lista de Medicamentos do Município. Desta forma, nota-se uma dificuldade dos pacientes, especialmente aqueles asmáticos de realizar o controle da sua condição até o ano de 2013, visto que a Lista Municipal, a despeito do que se orienta sobre a elaboração de lista de

medicamentos essenciais, respeitando inclusive aspectos epidemiológicos, continha apenas um medicamento para o controle de uma das maiores causas de internações na população infanto-juvenil.

Somente após a criação da REMUME em 2013, e conseqüentemente a renovação da lista de medicamentos, é que houve a inserção do Fenoterol e do Ipratrópio na relação de medicamentos, bem como a sua distribuição na farmácia municipal vinculada ao sistema de saúde.

Autores como DAL PIZZOL; HEINECK (2010), apontam fatores determinantes como a falta de uma comissão multidisciplinar responsável pela elaboração da REMUME, a adoção de critérios para a sua elaboração e por fim a inexistência de farmacêuticos na equipe, o que gera dificuldades no desenvolvimento e na implementação da assistência farmacêutica no município. Os autores afirmam ainda, que desta forma a prescrição de um “medicamento não-essencial” é justificada pela inadequação da lista, uma vez que esta apresenta lacunas terapêuticas, além de apontar um indicador negativo de qualidade quanto à avaliação da adesão à lista de medicamentos.

Outra questão a ser discutida é quanto aos casos dos pacientes insulino dependentes que relatam, no prontuário, a suspensão da insulina por conta própria (6,8%), o que resulta na agudização da condição, levando à ICSAP. Embora as duas insulinas mais prescritas para o controle da DM se encontrem na Lista de Medicamentos do Município, a maioria dos prontuários em que é relatado este fato, não há justificativa aparente. Diferentemente dos prontuários que descreveram a dificuldade da obtenção do medicamento/insumo (6,8%), por estar em falta na rede, como relatos que citam a falta de fitas para controle glicêmico, o que pode levar a piora do quadro, em função da falta de controle glicêmico, resultando também na internação.

Entretanto, destaca-se o caso de um paciente diabético com diversas reinternações, sendo relatado no prontuário pela assistente social, que a causa das hospitalizações era a falta de cuidados básicos necessários a essa condição, como a administração da insulina no período de tempo correto e inclusive cuidados alimentares, com relatos que o paciente fazia apenas uma refeição ao dia, somente no colégio. Houve inclusive, a notificação para o Conselho Tutelar em função das causas apresentadas para as diversas internações em um curto período de tempo.

Houve ainda, dois casos em que segundo o exposto no prontuário, os quadros dos pacientes não foram valorizados e ambos receberam alta sem o diagnóstico de DM, e após dias sem tratamento e com a evolução do quadro, houve a reinternação para então ser diagnosticado o DM em ambos os casos, e a necessidade de insulino-terapia.

Tendo em vista os casos discutidos, pode-se concluir que a causa de internação não necessariamente está atribuída à falta do acesso ao medicamento, mas sim às questões básicas inerentes à condição do paciente, além do comportamento de busca por parte do paciente.

Diante dos dados obtidos sobre ICSAP durante o período pesquisado, e de sua importância para o município, algumas considerações devem ser apontadas com relação às limitações do trabalho. Sendo assim, os resultados devem ser utilizados com cautela, pois o uso do indicador ICSAP para o monitoramento da AP demanda que dados para altas hospitalares sejam completos, que os diagnósticos registrados sejam confiáveis, assim como as condições selecionadas como sensíveis sejam verdadeiramente válidas e, por fim, que os denominadores utilizados no cálculo dos coeficientes sejam a população efetivamente exposta ao risco de internação. Trata-se desta forma, de critérios dificilmente cumpridos integralmente no contexto brasileiro atual (PERPETUO; WONG, 2006).

Por se tratar de um estudo descritivo, com base em dados secundários provenientes de cadernos de internação, cujas informações eram transcritas por funcionários que não pertencem à área da saúde, foi possível notar erros quanto as anotações referentes à data de admissão e alta hospitalar, ausência de dados, bem como a não correspondência do diagnóstico registrado no livro de internação e naquele encontrado no prontuário, além da falha por parte do setor de arquivamento acerca da perda de prontuários. Dessa forma, o trabalho esteve sujeito a vieses de informação. Durante a análise dos dados foram encontrados ainda, registros de internação com diagnósticos imprecisos na identificação da ICSAP e casos de ilegibilidade. Segundo PERPETUO; WONG (2006), a variável de menor confiabilidade seria o diagnóstico principal em relação aos procedimentos e atos médicos realizados.

No entanto, ainda diante das limitações descritas, inerentes a informações obtidas por meio de dados secundários, as internações por CSAP são consideradas

uma ferramenta de grande utilidade para a gestão em saúde, por possibilitarem uma visão mais ampla quanto à assistência prestada, podendo contribuir para um melhor direcionamento das ações em saúde, além de estimular a elaboração de estratégias visando a redução de internações potencialmente evitáveis.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou apresentar dados iniciais sobre ICSAP em crianças e adolescentes no município de Macaé. Durante o período estudado, a população infantil (87,5%) foi a maioria dos pacientes internados. O período de internação mais frequente foi de 7,8 dias. As principais causas de internação foram: Pneumonia (37,3%), Bronquite Aguda (14,4%), ITU (10,6%), Gastroenterite (7%), Celulite (6,6%), Asma (4,9%) e Diabetes *mellitus* (2,1%), que juntas somaram 82,9% das ICSAP.

A população infantil não teve distinção de sexo no que se refere a principal causa de internação, a pneumonia foi a condição mais prevalente em ambos os sexos. No entanto, na população adolescente, a principal causa de internação no grupo masculino foi a celulite bacteriana (31%), enquanto que o grupo feminino foi a ITU (51,8%).

No que se refere aos bairros de residência dos pacientes internados, os principais foram: Lagomar (12%), Malvinas (11,5%) e Parque Aeroporto (7,6%), sendo estes responsáveis por uma significativa parte do total de pacientes (31,1%). Os três bairros apresentaram a Pneumonia como principal condição de internação com maior prevalência na população infantil. Acerca das internações por Pneumonia, o bairro Lagomar correspondeu a 13%, seguido do Malvinas (11,7%) e Parque Aeroporto (7,2%), somados estes bairros expressaram 31,9% do total de casos de pneumonias.

Em relação às taxas de internação por CSAP, o bairro Nova Holanda demonstrou a maior (2,38 internações/100 habitantes), evidenciando a vulnerabilidade da população deste bairro quando comparado aos demais.

No que diz respeito às informações referentes aos medicamentos em uso antes da internação, constatou-se um número muito baixo de relatos com informações referentes à asma (6%). Pôde-se notar ainda, que os medicamentos mais prescritos para o controle desta condição (Fenoterol e Ipratrópio), não

pertenciam a Lista de Medicamentos do município utilizada até 2011. Se tratando dos pacientes internados por DM e suas complicações, os relatos acerca dos medicamentos constituíram 52%. A insulina mais utilizada para o controle desta condição foi a insulina NPH, presente na Lista de Medicamentos utilizada até 2011, contudo as insulinas Humalog e Lantus também citadas nos prontuários não faziam parte da Lista de Medicamentos.

De acordo com NEDEL (2010), as ICSAP podem ocorrer devido à falta de uso ou pelo uso tardio dos serviços oferecidos pela unidade básica de saúde, ou ainda, pelo manejo clínico inadequado.

ALFRADIQUE (2009), também relaciona altas taxas de ICSAP com possíveis problemas no que se refere ao acesso ao sistema de saúde ou ao seu funcionamento. A ocorrência de várias internações pode gerar mecanismos que visem analisar e buscar explicações para estes eventos. Segundo a autora, pode-se associar também ao aumento das ICSAP os locais onde existia um acesso limitado aos serviços de saúde, apresentam um aumento temporário nas hospitalizações no momento em que há melhoria no acesso, por estar sendo ofertado atenção à saúde a uma população com pouca assistência anterior, e a partir desse acesso inicial e crescente, espera-se que as ICSAP diminuam.

Ainda assim, de acordo com dados do IBGE e do MS/SAS/Departamento de Atenção Básica (DAB), no ano de 2014, o município de Macaé tinha uma população de 217.951 habitantes. O teto previsto para ESF era de 109 unidades, já havendo 25 unidades cadastradas e implantadas. A estimativa referente à cobertura da população era de 86.250 habitantes, o equivalente a 39,5% da população. Entretanto, sabe-se que a proporção de unidades de ESF, bem como a cobertura oferecida ainda estão abaixo das necessidades da população (IBGE, 2014; MS/SAS/DAB, 2014).

Os resultados encontrados evidenciaram a importância da atenção primária em ações direcionadas à população infanto-juvenil, por serem consideradas faixas etárias de grande vulnerabilidade. Por ser um estudo pioneiro no município, este trabalho permite ainda, a reflexão sobre futuros estudos acerca da importância da ICSAP, como ferramenta para o monitoramento do acesso aos serviços e avaliação da qualidade da atenção primária.

Para isso, sugere-se a implantação de estratégias direcionadas a esta população, incluindo sobretudo, a educação em saúde, uma vez que infecções de pele obtiveram uma parcela significativa de internação, e educação sexual, considerando-se que sífilis congênita se trata de uma doença sexualmente transmissível, e esteve entre as cinco CSAP mais prevalentes por mais de um ano; aponta-se ainda, a criação de campanhas de combate a doenças infecciosas mais prevalentes, como já existente, de modo a garantir a adesão da população; medidas de intervenção desenvolvidas em ESF localizadas em bairros populosos e/ou prevalentes como Parque Aeroporto, que segundo dados disponibilizados pelo site da Prefeitura de Macaé (2014), apesar de concentrar a segunda maior população do município, este bairro não dispõe de uma ESF para um efetivo diagnóstico, tratamento, controle de condições e reabilitação; além de políticas sociais que contribuam para as melhorias das condições econômicas e ambientais da população.

Pode-se afirmar que as ICSAP referentes à asma e DM, ocorreram devido ao agravamento do quadro destas condições, que necessitam de atenção para o efetivo controle de seus sintomas, se tornando indispensável o acompanhamento por profissionais, sobretudo quando a população é composta por uma faixa etária pequena, na qual a comunicação ainda é limitada. Faz-se importante então, a equipe de saúde, principalmente o farmacêutico, profissional responsável pela implantação, adesão e acompanhamento farmacoterapêutico, visando a eficácia do tratamento.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, R.P. **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.** Trabalho de conclusão de curso. Faculdade de Farmácia Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2014.

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

ALMINO, M.A.F.B. et al. **Diabetes *mellitus* na adolescência: experiências e sentimentos dos adolescentes e das mães com a doença.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.43, n.4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000400004&script=sci_arttext>.

ANDRADE, L.O.M. et al. **A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil.** Revista Panamericana de Saúde Pública, v.8, n.1-2, 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700026>.

ARAÚJO, A. et al. **Adolescência e manejo de asma: a perspectiva dos assistidos na atenção primária à saúde.** Revista Paulista de Pediatria, v.32, n.3, p.171-176, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S010305821470005X>>.

ARAÚJO, M.B.S. et al. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família.** Ciência e Saúde Coletiva, v.12, n. 2, p.455-464, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>>.

BASTOS, R.M.R. et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil.** Rev. Assoc. Med. Bras. v.59, n.2, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302013000200010&script=sci_arttext&tlng=pt>.

BERMUDEZ-TAMAYO, C. et al. **Características organizativas de La atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions**. AtenPrimaria, v.33, n.6, p.305-311, 2004.

BILLINGS, J. et al. **Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City**. HealthAff, v.12, p.162-173, 1993.

BRAVO, M. I. **Política de Saúde no Brasil**. Texto de Revisão. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2001. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf>.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.3.pdf>

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>.

BRASIL. **Lei nº 8.069,13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Casa Civil, Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>.

BRASIL. **Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990**. Estabelece diretrizes sobre as condições para promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Teto, credenciamento e implantação de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal no município de Macaé, 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Secretaria Executiva, Departamento de apoio à descentralização. Brasília, 2006. Disponível em:<<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº221, 17 de abril de 2008**. Definição da lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a política nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2006. Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº3.916, 30 de outubro de 1998**. Estabelece diretrizes para a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº3.925, 13 de novembro de 1998**. Estabelece orientação aos gestores municipais do Sistema Único de Saúde quanto à organização do sistema municipal de saúde no que diz respeito às ações de atenção básica. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**. Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Ano 1, nº 1, Brasília, 2012. Disponível em:<http://www.dst.uff.br/publicacoes/Boletim_epidem_sifilis_2012.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde do Adolescente – Bases Programáticas**. Secretaria Executiva, Coordenação da Saúde da Criança e do

Adolescente. 2º Ed. Brasília, 1996. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf>.

BRASIL. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada – IPEA. Brasília, 2004. Disponível em:

<http://www.pnud.org.br/Docs/1_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>

CAMINAL, H.J. et al. **Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva.** Aten Primaria, v.31, n.1,p.6-14, 2003.

CAMPOS, J.J.B. et al. **Prevalência de diabetes mellitus tipo I em escolares e pré-escolares da cidade de Londrina.** Semina. Ci. Biol./Saúde, v.18-19, n.2, p.19-23, 1999. Disponível

em:<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/7090/6292>>

CARMO, T.A. et al. **Avaliação de um programa de controle da asma em unidades de saúde da família.** Caderno de Saúde Pública, v.27, nº 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000100017&script=sci_arttext>.

CASTRO, M.S.M. et al. **Fatores Associados às internações hospitalares no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 74, n. 4, p. 795-811, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v7n4/14606.pdf>>

DAL PIZZOL, T.S.; HEINECK, I. **Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros.** Cad. Saúde Pública, v.26, n.4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400024>

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F.A. **Atenção primária á saúde no sul de Santa Catarina: Uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no período de 1999 à 2004.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v.11, n.4, p.633-647,2008.

FACCHINI, L.A. et al. **Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: Avaliação Institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, v.11, n.3, p.669-681, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf>>.

FAUSTO, M.C.R. et al. **Atenção primária: histórico e perspectivas**. Modelos de atenção e a saúde da família, p.43-67. EPSJV/FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06/Livro-Modelos-de-Aten%C3%A7%C3%A3o.pdf#page=43>>.

FERREIRA, J.R.; BUSS, P.M. **Atenção primária e promoção da saúde**. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de saúde. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracoesecarta_portugues.pdf>.

FERRER, A.P.S. **Avaliação da Atenção Primária em Saúde prestada a crianças e adolescentes na região oeste do município de São Paulo**. Tese Doutorado em Ciências. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Taxa de conciliação de medicamentos**. PROQUALIS: Aprimorando as práticas de saúde, 2014. Disponível em: <<http://proqualis.net/indicadores/taxa-de-concilia%C3%A7%C3%A3o-de-medicamentos>>.

GIL, C.R.R. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro**. Caderno de Saúde Pública, v.22, n.6, p.1171-1181, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>.

GIOVANELLA, L. et al. **Saúde da Família: Limites e Possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva, v.14, n.3, p.783-794, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>>.

GUERRA Jr, A.A. et al. **Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil**. Revista Panamericana de Salud Publica, v.15, n.3, p.168-175, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v15n3/a05v15n3.pdf>>.

HARZEIM E. et al. **A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil**. Boletim da Saúde, v.18, n.1, p.23-40, Porto Alegre, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_saude_v18n1.pdf#page=24>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico. Macaé, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=330240>>

INOCÊNCIO, P.R. **Avaliação da assistência à criança na atenção primária à saúde, sob a perspectiva do usuário, em um município de médio porte de**

Minas Gerais. 2014. 124 f. Dissertação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

LEBTAG, T. S. et al. **Perfil clínico-epidemiológico de crianças internadas com diabetes mellitus tipo 1 no Hospital Nossa Senhora da Conceição, Tubarão – SC.** Arquivos Catarinenses de Medicina, v.38, n.2, 2009. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/734.pdf>>

LOPES, H.V.;TAVARES,W. **Diagnóstico das Infecções do Trato Urinário.** Revista da Associação Médica Brasileira, v.51, n.6, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302005000600008&script=sci_arttext>

MACINKO, J. **Doenças crônicas, atenção primária e desempenho dos sistemas de saúde. Diagnósticos, instrumentos e intervenções.** Banco Interamericano de Desenvolvimento, textos para debate. IDB-DP-189, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/14249/1/Ines%20Dorado.%20Doen%C3%A7as%20Cr%C3%B4nicas%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria.%202011.pdf>>.

MACHADO, M. F. et al. **Integralidade, formação de saúde, educação e saúde e as propostas do SUS – Uma revisão conceitual.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.12, n.2, p.335-342,2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf?origin=publication_detail>

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.

MARCELINO, D. B. et al. **Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. Psicologia: Reflexão e Crítica.** v.18, n.1, p.72-77, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n1/24819.pdf>>

MATTA, G.C. et al. **Atenção Primária à Saúde.** Modelos de Atenção e a Saúde da Família.p.23-28, EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

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

MELO, R.M.B. et al. **Associação entre controle ambiental domiciliar e exacerbação da asma em crianças e adolescentes no município de Camaragibe, Pernambuco.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, v.31, nº 1, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v31n1/23449.pdf>>.

MELLO, G.A. et al. **Atenção básica e atenção primária à saúde- origens e diferenças conceituais**. Revista Atenção Primária à Saúde, v.12, n.2, p.204-213, 2009. Disponível em: <<http://www.researchgate.net/.../00b495201f84bc5230000000.pdf>>

MENDES, A. G. **Programa de Saúde da Família no Brasil – Análise da desigualdade no acesso à atenção básica**. Ciência e Saúde Coletiva, v.14 p. 1625 – 1628,2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a37v14s1.pdf>>.

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. Matern. Infant., v.10, p.83-91, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/08.pdf>>

NASCIMENTO, D.S.F.; TREVISOL, F.S. **Internações por gastroenterite e diarreia de origem infecciosa presumível em crianças de zero a cinco anos de idade**. Revista da AMRIGS, v.58, n.1, p.24-29, 2014. Disponível em:<http://www.amrigs.com.br/revista/5801/000008739404_1297_Revista%20AMRIGS.pdf>

NATALI, R. M. T. et al. **Perfil de internações hospitalares por doenças respiratórias em crianças e adolescentes da cidade de São Paulo, 2000-2004**. Rev Paul Pediatr, v.29, n.4, p.584-590, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n4/18.pdf>> .

NEDEL, F.B. et al. **Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis a atenção primária: revisão sistemática da literatura**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v.19, n.1, 2010. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742010000100008&script=sci_arttext>

OLIVEIRA, B. R. G. et al. **Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil**. Revista Brasileira de Epidemiol, v. 13, n. 2, p. 268-77, 2010.

OMS/UNICEF. **Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata (URSS): UNICEF,1979. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>.

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>.

PANIZ, V.M.V. et al. **Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.** Caderno de Saúde Pública, v.24, n.2, p.267-280, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/04.pdf>>.

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.** Seminário de Economia Mineira, 2006. Disponível em: <http://www.cedeplar.face.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A043.pdf>.

PREFEITURA DE MACAÉ. Cidade. Disponível em: <<http://www.macaee.rj.gov.br/conteudo/leitura/titulo/desafio-e-levar-igualdade-para-todos>>.

REHEM, T. C. M. S. B. **Internações sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos.** Tese Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

REHEM, T.C.M.S.B. et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária no Hospital Geral de uma Microregião de Saúde do Município de São Paulo, Brasil.** Texto Contexto Enferm, v.21, n.1, p.535-542, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a07.pdf> >

RIBEIRO, F.A. **Atenção primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica.** 2007. 308 f. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

RODRIGUES, C.S.; GUIMARÃES, M.D.C. **Positividade para sífilis em puerperas: ainda um desafio para o Brasil.** Ver Panam. Salud Publica/Pan Am Public Health, v.16, n.3, 2004. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n3/23086.pdf>>

SANTOS, A. A. G.; MACHADO, M. F. A. S. **Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente.** Ciência e Saúde Coletiva, v.17, n.5, p.1275-1284, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n5/a21v17n5.pdf>>.

SENNÁ, M.C.M. **Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família.** Caderno de Saúde Pública, v.18, p.203-211,2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v18s0/13806>>.

SILVA, A.C.M.A. et al. **Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.** Caderno de Saúde Pública, v.25, n.2, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200013>.

SILVA, A.C.S. et al. **Hospitalização por asma no município de Divinópolis, Minas Gerais.** Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, v.3, n.4, p.1290-1299, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/769/766>>.

SOUZA, C.S. **Infecções de tecidos moles. Erisipela. Celulite. Síndromes infecciosas mediadas por toxinas.** Medicina, Ribeirão Preto, n.36, p.351-356, 2003. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/download/733/747>>.

STARFIELD, B. **Atenção Primária : equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Unesco, Ministério da Saúde, p.726, Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>.

VIANNA, A.L.A. et al. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família.** Revista de saúde coletiva, v.8, n.2, p. 11-48, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf>>.

ANEXO I – 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.	ANLODIPINO 5mg, besilato comprimido
16.	ATENOLOL 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.	CAPTOPRIL 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

ITEM	DESCRIÇÃO DO MEDICAMENTO
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
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.*	FENITONÍNA 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

ITEM	DESCRIÇÃO DO MEDICAMENTO
59.*	HALOPERIDOL 2mg/ml solução oral 20 ml
60.	HIDROCLOROTIAZIDA 25 mg comprimido
61.	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO suspensão oral frasco 100ml
62.	HIOSCINA + DAPIRONA gotas
63.	HIOSCINA 10mg comprimido
64.	IBUPROFENO 50mg/ml solução oral
65.	IBUPROFENO 300mg comprimido
66.*	IMIPRAMINA 25mg comprimido
67.	INSULINA NPH Humana 100 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 % solução 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
85.	MICONAZOL 20mg/g creme vaginal tubo 60g
86.	NEOMICINA + BACITRACINA pomada
87.	NIFEDIPINA 10mg comprimido
88.	NIFEDIPINA 20mg comprimido retard

ITEM	DESCRIÇÃO DO MEDICAMENTO
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

ITEM	DESCRIÇÃO DO MEDICAMENTO
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).

ANEXO II – 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 Tuberculoses	A18
1.17	Febre reumática	I00 a I02
1.18	Sífilis	A51 a A53
1.19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	
2.1	Desidratação	E86
2.2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3.1	Anemia por	D50

	deficiência de ferro	
4	Deficiências Nutricionais	
4.1	Kwashiokor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4.2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5.1	Otite média supurativa	H66
5.2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5.3	Sinusite aguda	J01
5.4	Faringite aguda	J02
5.5	Amigdalite aguda	J03
5.6	Infecção Aguda VAS	J06
5.7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6.1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6.2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6.3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6.4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6.5	Pneumonia lobar NE	J18.1
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
11.2	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	E10.2 a E10.8, E11.2 a

	(renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13.3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14.1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15.1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15.2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15.3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15.4	Cistite	N30
15.5	Uretrite	N34
15.6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16.1	Erisipela	A46
16.2	Impetigo	L01
16.3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16.4	Celulite	L03
16.5	Linfadenite aguda	L04
16.6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	

17.1	Salpingite e ooforite	N70
17.2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17.3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17.4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17.5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17.6	Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18.1	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