



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CAMPUS MACAÉ
CURSO DE FARMÁCIA



AVALIAÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE RESIDENTES DA REGIÃO SERRANA DE
MACAÉ, NO PERÍODO DE 2007 - 2015

ELAINE SOARES BARRETO

MACAÉ
MARÇO/2016

ELAINE SOARES BARRETO

Avaliação das internações por condições sensíveis à atenção primária de residentes da região serrana de Macaé, no período de 2007 - 2015

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 Serio dos Santos

MACAÉ
MARÇO/2016

Dedico este trabalho aos meus avós (*in memoriam*) pelo exemplo e sabedoria que me deram enquanto puderam, me impulsionando espiritualmente durante toda essa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

A prof.^a Dr.^a Danielle Santos por ter me orientado de forma tão carinhosa, estando sempre ao meu lado, mesmo grávida da linda Cora nunca mediu esforços para ajudar a realizar meu sonho.

Aos professores da Faculdade de Farmácia por todo o conhecimento transmitido durante o curso.

A minha mãe Júlia, heroína que sempre me deu apoio e incentivo nas horas difíceis. Faltam-me palavras para agradecer e demonstrar a importância da sua vida na minha.

Ao meu padrasto Evaldo, por todo apoio e carinho.

A minha tia Eliana, por ser meu maior exemplo.

Agradeço a todos os meus amigos e familiares que se mantiveram acreditando que seria possível finalizar esse sonho. Em especial, Francine, Samantha, Stefany, Hilana, Marcelle, Juliana e Lemuel, pelo apoio imensurável em cada etapa dessa vitória.

Aos meus colegas de curso, principalmente minhas companheiras Carol, Fernanda, Maíra e Raysa, pela presença e ajuda constante e pelos momentos de bom humor que me fizeram rir quando a vontade era chorar.

Aos funcionários do Hospital Público da Serra, pela receptividade e pelas valiosas informações, em especial aos profissionais Larissa e Thiago que me permitiram acessar os prontuários quantas vezes fossem necessárias.

A todos os profissionais de saúde, que amam a profissão e dedicam suas vidas para a militância por um SUS de qualidade.

Aos usuários do SUS, por motivarem nossa incessante busca por um serviço de saúde universal, equânime e integral.

E a todos que participaram ou torceram pela minha conquista. Obrigada!

RESUMO

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) são consideradas um indicador de qualidade utilizado para avaliar se os cuidados primários em saúde estão sendo realizados de forma contínua e resolutiva, e poderiam ser evitadas caso houvesse efetividade da mesma. No Brasil, este indicador ainda é pouco utilizado não existindo dados sobre ele em várias localidades, dentre elas, Macaé. O presente estudo propõe-se avaliar as ICSAP em residentes da região serrana do município de Macaé que utilizaram o Sistema Único de Saúde no período de 2007 a 2015. Trata-se de um estudo ecológico exploratório. A população estudada foi formada por pacientes internados na Fundação Hospitalar de Macaé, composta pelo Hospital Público de Macaé (HPM) e Hospital Público Municipal da Serra (HPMS), com idade entre 0 a 79 anos completos, e avaliados segundo sexo, bairro e faixa etária. Por serem considerados elementos importantes utilizados no cuidado a saúde, o uso dos medicamentos utilizados antes do período de internações será analisado em pacientes com *diabetes mellitus* e asma para crianças e adolescentes e hipertensão arterial e *diabetes mellitus* para adultos e idosos. A região serrana de Macaé apresentou um total de 435 pacientes com ICSAP, sendo 83 em crianças e adolescentes (total de 573 dias de internações) e 352 em adultos e idosos (total de 3181 dias de internações). Em crianças e adolescentes, que ficaram internadas no HPMS e HPM (residentes da serra) as doenças mais prevalentes foram pneumonia (n=33), infecção do trato urinário (n=15), e bronquite (n=8). Já para adultos e idosos, as doenças mais prevalentes foram pneumonia (n=73), infecção do trato urinário (n=65) e insuficiência cardíaca (n=50). Os resultados obtidos permitirão a reflexão e direcionamento de futuros estudos, acerca da importância do indicador ICSAP, bem como medidas de intervenção nos serviços de AB disponibilizados à população no município.

Palavras-chave: Atenção Primária. Internações por condições sensíveis à atenção primária. Crianças. Adolescentes. Adultos. Idosos.

LISTA DE QUADROS

1. Indicadores utilizados na pesquisa e respectivas fórmulas.....26

LISTA DE TABELAS

1. Descrição das ICSAP (valores absolutos) do HPMS de residentes da Serra, segundo sexo e bairro, no período de 2013 a 2015. Macaé, 2016.....29
2. Principais causas de ICSAP, por faixa etária dos residentes na região serrana de Macaé, internados no HPMS, 2013 a 2015. Macaé, 2016.31
3. Descrição dos distritos com ICSAP mais prevalentes (valores absolutos), dos residentes da Serra atendidos no HPMS e HPM , segundo sexo e bairro, no período de 2006 a 2015. Macaé, 2016.....35
4. Distribuição das internações segundo o sexo dos pacientes residentes da serra de Macaé que foram atendidos no HPMS e HPM, no período de 2007 a 2015. Macaé, 2016.....38
5. Descrição de pacientes residentes na região serrana do município de Macaé internados por HAS, DM e asma cujos prontuários apresentavam ou não informações sobre o uso de medicamentos antes da internação.....39
6. Distribuição de pacientes internados por asma, HAS e DM, e respectivos medicamentos mais utilizados antes da internação e seu código ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*).....41

LISTA DE FIGURAS

1. Distribuição das ICSAP dos residentes na região serrana de Macaé versus cinco bairros que mais apresentaram internações no período de 2013-2015.....34

LISTA DE ABREVIATÓES

ACSC – *Ambulatory Care Sensitive Conditions*

AB – Atenção Básica

AF – Assistência Farmacêutica

AP – Atenção Primária

APS – Atenção Primária à Saúde

CID – Código Internacional de Doenças

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

CSAP – Condições Sensíveis à Atenção Primária

DAB – Departamento de Atenção Básica

DM – Diabetes *mellitus*

ESF – Estratégia Saúde da Família

FHPM – Fundação Hospitalar Pública de Macaé

HPM – Hospital Público de Macaé

HPMS – Hospital Público Municipal da Serra

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICSAP – Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes de Saúde

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PSF – Programa Saúde da Família

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas Para a Infância

APRESENTAÇÃO

Este projeto faz parte de uma pesquisa maior sendo a continuação de dois projetos-irmãos, os quais estudaram as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária da população da cidade de Macaé, porém não alcançaram os dados da região serrana, composta pelos distritos de Glicério, Frade, Córrego do Ouro, Cachoeiras de Macaé e Sana. Desse modo, esse projeto veio com o intuito de identificar, avaliar e conhecer as necessidades em saúde dos residentes da região serrana de Macaé e comparar os resultados encontrados na sede a fim de obter dados gerais da cidade visando melhorias para a saúde da população.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo geral	21
2.2 Objetivos específicos	21
3 JUSTIFICATIVA	22
4 MÉTODO.....	23
4.1 Tipo de estudo	23
4.2 População	23
4.3 Local de estudo.....	24
4.4 Variáveis e indicadores	24
4.5 Fonte e coleta de dados.....	26
4.6 Processamento e análise de dados	27
4.7 Aspectos éticos	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
5.1 Coleta de dados	28
5.2 Análise dos prontuários.....	28
5.3 Análise e características das ICSAP	29
5.4 Análise e características das ICSAP nos hospitais HPM e HPMS	34
5.4.1 Medicamentos utilizados antes do período de internações pelos pacientes portadores de DM, HAS e asma	38
6 CONCLUSÃO.....	43
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
8 APÊNDICE	58
9 ANEXOS	60

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, que definia a saúde como “direito de todos e dever do estado” (BRASIL, 1988). O SUS foi implantado de forma progressiva e regulamentado pelas leis nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990a) e nº 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990b), cujos objetivos eram modificar a desigualdade na assistência à Saúde da população de todo o território brasileiro, sendo garantido a qualquer pessoa poder usar esse sistema sem qualquer tipo de cobrança pelo mesmo (BRASIL, 1990a).

No final da década de 80, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária, sendo um reflexo para a criação do SUS, onde o marco mais importante foi a VIII Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, que enfatizava a necessidade não só de haver uma reforma administrativa e financeira, mas uma expansão sobre o conceito de saúde refletindo padrões da reforma sanitária, gerando um relatório que serviu como base para a elaboração da Constituição de 1988, ocorrendo assim uma separação total da saúde e da Previdência Social (ANDRADE, L.O.M. et al., 2000).

Desta maneira, como resultado das variadas propostas no que se refere ao setor de saúde apresentadas na Assembleia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) aprovou a criação do SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (CONASS, 2003). Logo, a saúde “deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2009, p. 8).

Com a criação do SUS, em 1988, o Brasil aceitou ser responsável pela oferta e financiamento de todos os serviços de saúde. A partir desse fato, inúmeras políticas têm sido postas em prática para assim poder garantir uma oferta mais eficaz e mais igualitária (MEDICI, 2011).

No entanto, de acordo com Mendes (2007), o SUS só foi implementado a partir da década de 90, quando ocorreram as políticas de ajuste neoliberal no Brasil, as quais se somaram a enorme dívida social que as décadas anteriores deixaram. Para Andrade, M.V. *et al.* (2015), esse processo de mudança no SUS foi substituído de um modelo assistencial tradicional centrado na doença e no cuidado médico individualizado para um modelo que dá prioridade a atenção primária. Ou seja, no modelo anterior o foco era no cuidado curativo e hospitalocêntrico, já no novo modelo o foco é na melhoria de vida, prevenção de doenças e no acompanhamento da população. Visto isso, o SUS tem o dever de combater as doenças e não apenas de curar os enfermos.

Nessas circunstâncias e acompanhando um movimento internacional de cuidados primários em saúde, foi avaliado que a atenção primária a saúde (APS) seria uma “estratégia para reorganizar o modelo assistencial, através de um sistema universal e integrado de atenção à saúde” (MATTA; MOROSINI, 2009).

Com o objetivo de avaliar as ações primárias de saúde, Starfield (2002) define quatro características, as quais, no seu ponto de vista, devem delimitar a organização da APS. Esses atributos podem ser reconhecidos como elementos que organizam a APS nos serviços de saúde e/ou fazem parte do processo da atenção neste contexto. Esses atributos são:

- Primeiro contato – que a APS seja mais acessível as pessoas que buscam atenção à saúde, sendo seu primeiro contato com o sistema de saúde;
- Continuidade ou longitudinalidade – pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, exigindo a delimitação da população às equipes de atenção primária;
- Integralidade – as unidades de atenção primária são responsáveis por fazer arranjos para que o usuário receba todos os tipos de serviços de acordo com a sua necessidade, incluindo também o encaminhamento para serviços nos diferentes níveis de atenção, dentro ou fora do sistema de saúde;
- Coordenação – significa dar continuidade do cuidado e que ele possa ocorrer nos diferentes níveis de atendimento, de forma a identificar os problemas que precisam de continuidade.

Em 1920, no Reino Unido, obteve-se o Relatório Dawson, que pela primeira vez remete a concepção de APS. Esse relatório planejava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Assim, o governo inglês conseguiu levar essa proposta de organização dos serviços de saúde a muitos países, definindo duas características básicas da APS: regionalização e a integralidade. A primeira diz que os serviços de saúde devem estar ordenados para conseguir atender as inúmeras regiões nacionais, visando identificar as necessidades de saúde de cada região de acordo com a demanda. Já a segunda, dispõe-se a estabelecer ações desde profiláticas até as curativas (FAUSTO; MATTA, 2007).

A *World Health Organization (WHO)* juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) promoveram a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que ocorreu em 1978, na cidade de Alma-Ata, situada no Cazaquistão, onde foi proposto um acordo entre seus países membros para conseguir alcançar a meta “Saúde para todos no ano 2000” através de uma APS eficaz. Essa conferência classificou os componentes essenciais da APS como educação em saúde; saneamento ambiental; programas de saúde; cuidados materno-infantis; prevenção de doenças endêmicas; tratamento de doenças; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional (MATTA; MOROSINI, 2009).

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, a APS sugere que suas bases sejam político-ideológicas na qual é de responsabilidade dos governos a saúde de suas populações atuando com medidas preventivas sanitárias e sociais, conquistando o direito humano fundamental a saúde e sendo uma meta social global (BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde a APS, no Brasil denominada de Atenção Básica (AB), é definida como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”, estabelecendo assim uma organização e oferta dos

serviços de saúde (BRASIL, 2007). Da mesma forma, a APS é compreendida como uma técnica principal para a reorientação do modelo de atenção do SUS.

Diante deste contexto de APS, a primeira tentativa brasileira de fortalecimento desta e proximidade com os seus usuários foi com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que surgiu com a ideia de estimular os municípios a adotarem medidas de organização da atenção local, principalmente naqueles municípios pequenos, que não possuíam serviços de saúde adequados. Sua implantação ocorreu em 1991 e começou pelos estados do Norte e Nordeste, priorizando as ações de informação e educação em saúde voltada para a área materno-infantil (CORBO et al., 2007).

Em 1994, com uma avaliação positiva do PACS, foi proposto pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF), que logo depois passou a ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial do SUS, chamada de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1997).

Para o Ministério da Saúde, o PSF era definido como uma estratégia que atende não só o indivíduo doente, mas a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde, passando a dar mais atenção a família em seu ambiente físico e social. A atenção à saúde é realizada por uma equipe composta por diversos profissionais, que analisa as pessoas como um todo, considerando suas condições de trabalho, local que reside, suas relações com a família e com a comunidade. O PSF foi primeiramente implantado em municípios com população pequena para atender a demanda reprimida, mas com pouca capacidade de integração com os outros níveis de atenção. Logo depois, o PSF ganhou fortalecimento financeiro, político e gerencial, permitindo assim a expansão do programa as demais cidades brasileiras (BRASIL, 2009).

Como supracitado, o PSF pode ser dividido em dois períodos, no qual o primeiro vai da sua criação até 1996, quando apenas é um modelo de extensão de cobertura do acesso aos serviços de saúde, e o segundo a partir de 1996, em que o PSF é considerado uma estratégia de transformação do modelo assistencial, com o intuito de substituir as práticas tradicionais de assistência (MATTOS, 2002).

No ano de 1998, agora denominado como ESF, passou a ser considerado um modelo coletivo de atenção primária, com a característica de ser construída no âmbito de um sistema de saúde público e universal. Seu principal objetivo é analisar constantemente a situação da saúde da população e a organização e execução de suas práticas, adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes, visando assim não só a família, mas a comunidade como um todo (CAMPOS; GUERRERO, 2010).

Em Macaé, segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) (2015), o número de unidades de ESF a ser atingido em Macaé (teto) é de 109 unidades, porém apenas 25 unidades foram implantadas até 2015, o que equivale a 23,85% do teto. Assim, das 25 ESF, apenas existem seis ESF na região serrana, das quais estão localizadas nos bairros Bicuda Grande, Bicuda Pena, Córrego do Ouro, Sana, Frade e Trapiche. A estimativa da população atendida em 2015 foi de 89.700 habitantes, o que equivale a 41,16% da população do município (217.951 habitantes).

Segundo Elias *et al.* (2006) e Gottems (2009), a implantação da ESF foi bastante positiva, principalmente nos municípios com menos de 100 mil habitantes, com melhorias no acesso da população aos serviços de saúde e cobertura assistencial a curto prazo. No entanto, no interior do país, ainda permanecem problemas antigos como insuficiência da oferta de profissionais de saúde qualificados, alto custo com manutenção das equipes e falta de suporte ao trabalho de forma a manter o acesso aos demais níveis de atenção.

Caetano e Dain (2002), afirmam que apesar da ESF atingir aproximadamente metade da população brasileira, acontece uma grande diversidade nessa expansão no país, principalmente nos grandes centros urbanos, onde a cobertura da estratégia é mínima. Esses lugares possuem muita desigualdade e fragmentação social resultante da crescente urbanização desordenada, causando assim um desequilíbrio entre a oferta de serviços e as demandas de assistência.

Entretanto, dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) indicaram que em 2010 houve um aumento significativo dos municípios atendidos, com uma cobertura de mais de 100 milhões de pessoas, porém alguns problemas ainda continuam. Uma solução para essa afirmação seria a

organização de uma rede regionalizada de ações e serviços que caracterize a assistência nesse nível de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Com o passar do tempo, o SUS vem encontrando grandes desafios para sua implantação. A ESF, como citado a cima, não consegue alcançar toda a população, o que acaba resultando em altas hospitalizações por causa do agravamento de algumas condições de saúde. Existem muitas doenças causadoras dessas internações que são consideradas evitáveis e por isso se o sistema de saúde fosse efetivo como deveria ser ocorreria diminuição dessas hospitalizações (AGUIAR, 2014).

Ainda assim, de acordo com a lei 8.080 de 1990, também chamada de Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), é de responsabilidade do SUS atribuir ações de assistência terapêutica que facilitem o acesso aos medicamentos, para tratar, curar e prevenir as doenças. Face ao exposto, o profissional farmacêutico está inserido nesse âmbito, pois é o mais habilitado para realizar ações voltadas a melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos, sendo ele essencial para coordenar e auxiliar os serviços necessários para o desenvolvimento total da assistência farmacêutica (GUERRA et al., 2004).

De acordo com Rojas (1988) a assistência farmacêutica (AF) é definida como uma estratégia de atenção à saúde, promovendo e restaurando o bem-estar físico, psíquico e econômico-social da população, sendo utilizada como uma ferramenta para determinar a qualidade dos serviços de saúde. Além disso, também é responsável por realizar atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, dando ênfase ao consumo adequado dos medicamentos, através do conhecimento da eficácia e segurança do mesmo. Nesse contexto, o objetivo da AF é assegurar a disponibilidade e o uso racional de medicamentos como uma ferramenta que busca alcançar a universalidade, equidade e integralidade no SUS, contribuindo assim para a qualidade nos serviços de saúde. Por outro lado, o uso inadequado pode prejudicar o usuário, bem como a sociedade. É necessário então que o farmacêutico faça seu papel aconselhando o paciente sobre o uso correto do medicamento dispensado a fim de promover uma utilização racional e adequada (KAUFFMANN et al., 2009).

Nesse sentido, para classificar o desempenho da rede de assistência, são utilizados indicadores de saúde que procuram identificar características de difícil investigação direta, como por exemplo, o perfil epidemiológico de uma dada região de modo a promover melhor adequação entre o gerenciamento, o uso de recursos e a qualidade do atendimento. Assim, Batista *et al.* (2012) afirma que a identificação de indicadores para avaliar os serviços de APS é muito difícil, pois existe multiplicidade de ações desse nível de atenção. Os indicadores de atividade ambulatorial, sobretudo as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), são propostos para avaliar a qualidade e eficiência da APS.

As CSAP são definidas como um indicador indireto da efetividade do nível primário de saúde, por se tratar de doenças cujo processo de atenção ambulatorial, através de sua prevenção, diagnóstico e tratamento, está bem estabelecido com as tecnologias atualmente disponíveis no SUS. Sendo assim, é considerado um evento que pode ser prevenido na APS, e, portanto, não ocorreria seu agravamento e, a hospitalização não aconteceria. Ou seja, é usado como representativo de problemas de saúde para os quais a ação da APS diminuiria o risco de internações (VIANNA *et al.*, 2006).

O termo Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), também conhecida internacionalmente como *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC), surgiu no final da década de 1980 e foi estudado por Billings *et al.* (1993), nos Estados Unidos, onde avaliou-se esse indicador passando assim a ser utilizado para comparar a efetividade de modelos de APS (NEDEL, 2010). Portanto, um aumento nas taxas de hospitalização por CSAP pode ser considerado uma dificuldade de acesso a serviços de saúde pela população, diminuição na resolução dos problemas de saúde, causando uma baixa cobertura do nível primário.

Nos anos 90, esse indicador passou a ser utilizado para analisar a qualidade da atenção primária em países, como a Espanha, Austrália e o Canadá, que possuem o sistema de saúde baseado nos cuidados primários (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012). Na Espanha, os pesquisadores procuraram avaliar a capacidade de resolução dos problemas de saúde da atenção primária através de uma lista de internações hospitalares por possíveis causas que poderiam ser prevenidas em várias partes do país (ELIAS; MAGAJEWSKI,

2008). Porém Caminal *et al.* (2004) descreve que as internações vem sendo colocada não apenas como um indicador do acesso à atenção primária adequada, mas como também para analisar o desempenho do sistema de saúde tanto no Brasil como internacionalmente, tornando-se uma ferramenta de gestão do cuidado na atenção primária, informando sobre as condições de saúde da população de uma forma maior, adaptando-se a realidade de cada lugar, sendo revisada e atualizada periodicamente.

No entanto, a lista das ICSAP internacional não se adaptava a realidade brasileira, principalmente pela diferença de perfis epidemiológicos, em que algumas doenças deveriam ser excluídas e outras incluídas, para garantir confiabilidade e representatividade (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). Assim no Brasil, a lista de ICSAP foi adaptada pela Secretaria de Atenção à Saúde, por meio da Portaria Ministerial nº 221, de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008). A lista compreende dezenove grupos de causas e diagnóstico de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças e Causas de Morte (CID-10) e é resultado de um longo trabalho de validação por consenso entre especialistas (NEDEL *et al.*, 2008).

A intenção da lista brasileira de ICSAP é estabelecer mais uma ferramenta para poder avaliar a atenção primária no país e assim poder comparar seu desempenho. Portanto, faz parte de uma estratégia que visa melhorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde pelas autoridades nacionais, estaduais e locais (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

O acompanhamento das ICSAP faz com que as informações sobre as internações hospitalares sirvam como fonte de informação para avaliar e monitorar a APS ofertada. Um estudo feito para avaliar o perfil das ICSAP no SUS entre 1998 a 2004 mostrou que pneumonias, gastroenterites, insuficiência cardíaca e asma seriam as quatro causas das principais internações, correspondendo a 80% das internações por ICSAP no Brasil. Porém outra análise realizada entre 1999 e 2007, verificou-se uma redução de 24% nessas internações, no qual foi investigado que havia uma relação entre a disponibilidade da ESF ou ampliação da atenção primária com a diminuição das taxas de ICSAP (DOURADO *et al.*, 2011; SOUZA; COSTA, 2011).

Macinko *et al.* (2010), realizou um estudo em municípios nos quais a expansão da ESF mostrou redução nas ICSAP e obteve uma taxa de

hospitalização 13% mais baixa do que em municípios que não a possuíam. Isso pode estar relacionado com a uma melhor organização, facilidade ao acesso a saúde ou até mesmo por algumas mudanças na prática do serviço, como a adoção de protocolos clínicos.

O acesso aos medicamentos essenciais, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) é um direito humano e torna-se um bem necessário a saúde. Medicamentos essenciais são aqueles que contemplam as necessidades da terapêutica da maioria da população e melhorar assim a qualidade de assistência a população, com preço acessível, disponível em todos os momentos e em quantidades e formas farmacêuticas adequadas (OMS, 2011).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada em 1998 pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.916 (BRASIL, 1998), constitui um dos elementos fundamentais para a implementação de ações capazes de promover melhoria das condições da assistência a saúde da população. Suas diretrizes estão fundamentadas no estabelecimento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), além de outras (YAMAUTI; BARBERATO-FILHO; LOPES, 2015).

A RENAME é uma lista de medicamentos que deve atender as necessidades de saúde prioritárias da população brasileira e é considerada uma ferramenta para as ações de assistência farmacêutica no SUS. A seleção dos medicamentos essenciais se baseia no ponto de vista epidemiológico e busca refletir necessidades coletivas, utilizando critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo (WHO, 2011).

Ainda que seja um bem essencial à saúde e uma importante ferramenta terapêutica sendo responsável pela melhoria da qualidade e expectativa de vida da população, o uso inadequado dos medicamentos e suas consequências aumentam os gastos na área da saúde, o que torna o tema de grande relevância para os que trabalham com saúde pública. O SUS, ainda encontra muitas dificuldades de acesso às unidades de atenção básica e aos medicamentos, sendo essa uma das reclamações que a população tem sobre a qualidade dos serviços. Esse fato pode levar ao agravamento das condições de saúde da população e aumentar os gastos com a atenção secundária e terciária (ARRAIS et al., 2005). Visto isso, muitas pessoas optam por pagarem

planos de saúde e outras, por não possuírem recursos financeiros, deixam o tratamento pela metade ou até mesmo não concluindo o mesmo (TEIXEIRA, 1999).

No Brasil existem poucos trabalhos relacionados a esses indicadores de qualidade, o que dificultam os estudos. Na cidade de Macaé, estas pesquisas iniciaram em 2013, através dos trabalhos de Aguiar (2014) e Stuckenbruck (2015), os quais realizaram um estudo das ICSAP no principal Hospital público que se localiza na sede do município, faltando realizar uma análise da região serrana. Neste local temos o Hospital Público Municipal da Serra (HPMS), inaugurado em 2006, e se consolida como uma unidade de atendimento, disponibilizando diversos tipos de serviços para a população dos distritos que antes precisava vir até a sede do município. De acordo com a Prefeitura de Macaé (2015), há somente 38% da cobertura de ESF na sede do município e 100% na região serrana (compostas pelos distritos), sendo que a meta para o final de 2016 para a sede é de até 70% dessa cobertura.

Diante do exposto esse trabalho tem o objetivo de avaliar as ICSAP de pacientes residentes na região serrana de Macaé, visando não só a quantidade de ESF que a região serrana possui, mas a efetividade dos mesmos, além de também avaliar o uso de medicamentos por determinados grupos específicos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) na população dos residentes da região serrana de Macaé – RJ, no período de 2007 - 2015.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as ICSAP, segundo sexo, faixa etária dos residentes da região serrana de Macaé;
- Identificar as regiões prevalentes de residência dos pacientes internados por condições sensíveis à AP;
- Caracterizar os medicamentos em uso na amostra estudada de pacientes adultos e idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e

Diabetes *mellitus* (DM) e suas complicações, e de crianças e adolescentes com Asma e DM, segundo as classes terapêuticas, presentes na lista de medicamentos utilizados pelo município de Macaé.

3 JUSTIFICATIVA

O município de Macaé, situado na região Norte do estado do Rio de Janeiro, possui uma população constituída por muitos imigrantes que vieram em busca de oportunidades no mercado de trabalho local, não prevendo atendimento para os mesmos. Apesar disso, a falta de qualificação profissional adequada à indústria de petróleo gera desemprego e cria bolsões de pobreza e crescimento populacional, aumentando a busca por investimentos em creches, escolas, rede de saúde, rede de saneamento, entre outros recursos, para atender à população crescente que a cidade não está preparada para comportar (MACAÉ, 2014).

Ainda assim, o município divide-se em duas grandes regiões denominadas de sede e distritos (região serrana). Nas duas existem enormes diferenças em relação à cobertura por ESF de seus habitantes (MACAÉ, 2014). Esta pesquisa tem o objetivo de conhecer melhor as necessidades locais da região serrana, além de compará-los com os dados já existentes.

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 APS 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 APS, justifica-se pelo reconhecimento do mesmo para avaliação da APS, no contexto atual em que é um dos pilares da política de saúde. Saliencia-se que este é um indicador negativo da qualidade na atenção, devido à sua característica de inevitabilidade. Autores como Malta e Duarte (2007) consideram que as ICSAP representam um quadro inaceitável em função de serem previsíveis e sua ocorrência demonstrar as iniquidades e a má qualidade nos serviços da APS.

Aliado a esta realidade, sabe-se que o medicamento é um dos componentes essenciais para o tratamento de diversas doenças, sendo considerada 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 apresenta 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

Residentes da região serrana de Macaé que foram internados na Fundação Hospitalar Pública de Macaé (FHPM), com idade de 0 a 79 anos completos, no período de 2007-2015. A FHPM é formada por dois hospitais, o Hospital Público de Macaé (HPM) e o HPMS. Neste último não há leitos pediátricos para atender a faixa etária de até 12 anos. Desse modo, os dados de internações deste projeto, referem-se tanto ao HPM (utilizando o banco de dados já existente) quanto ao HPMS.

Os partos foram excluídos do total de internações, uma vez que representam um desfecho natural da gestação e ocorrem apenas na metade da população. Ainda assim, foi considerada como idade máxima dos pacientes, 79

anos completos, uma vez que alguns autores apontam que, com o avanço da idade pode haver aumento no número de dias de internação e dificuldade de identificar a causa principal (ALFRADIQUE et al., 2009; MACINKO et al., 2011).

Em relação à análise do uso de medicamentos, a população avaliada foi a de pacientes adultos e idosos com HAS e DM e suas complicações, e de crianças e adolescentes com Asma e DM, internados no período de 2007-2015. A escolha por estas condições crônicas está baseada nos trabalhos de Aguiar (2014) e Stuckenbruck (2015), por serem as condições crônicas de maior impacto de cada faixa etária no município. Como forma de permitir a comparação dos dados, as mesmas foram mantidas para a região serrana.

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

É importante ressaltar que muitos pacientes moradores da Serra são transferidos para o HPM, seja por ultrapassar a capacidade de internação do hospital, escassez de recursos ou ainda por opção do paciente. Portanto, o banco de dados dos outros dois projetos-irmãos também foram verificados para identificar os pacientes residentes da região serrana que foram internados no HPM.

4.3 Local de estudo

Os dados foram coletados na FHPM 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 incompletos (crianças), de 12 anos completos a 18 anos incompletos (adolescentes), de 18 anos completos a 59 anos completos (adultos) e de 60 a 79 anos completos (idosos), de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) e do Estatuto do Idosos brasileiros (BRASIL, 2003);
- Medicamentos em uso no momento da admissão no hospital – medicamentos (quando existentes e informados) em pacientes adultos e idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *mellitus* e suas complicações, e crianças e adolescentes com Asma e Diabetes *mellitus*;
- Proporção de medicamentos em uso presentes na lista de medicamentos vigente utilizada pelo município de acordo com o ano **(ANEXO I)** – 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 APS bem como efetiva implantação da mesma na rede pública de saúde.

- Indicadores

Quadro 1: Indicadores utilizados na pesquisa e respectivas fórmulas.

Indicador	Fórmula
Proporção de causas sensíveis à atenção primária no total das ICSAP dos pacientes residentes por estas causas	Total de internações sensíveis por determinado grupo de causas sensíveis à atenção primária à saúde, dividido pelo total de internações sensíveis à atenção primária de pacientes residentes no mesmo local.
Proporção de ICSAP por sexo dos pacientes	Total de internações sensíveis por à atenção primária à saúde, por sexo, dividido pelo total de internações sensíveis à atenção primária de pacientes residentes no mesmo local.
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.

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 aos hospitais HPM e HPMS, tendo como fonte os Livros de Registro de internações. Apenas os prontuários dos pacientes adultos e idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *mellitus* e suas complicações, e de crianças e adolescentes com Asma e Diabetes *mellitus* 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**).

Foi utilizada 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 de internação pertencia à lista de CSAP e suas respectivas CID, foram organizados numa planilha.

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 constou de estatísticas descritivas com estimativas de medidas de tendência central, de variabilidade e proporções.

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 maior 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 três meses (Novembro/2015 a Janeiro/2016). Em conversa com a diretoria do HPMS, a primeira fonte de dados utilizada foi o livro de internações ocorridas entre os anos 2013 a 2015, uma vez que a equipe hospital considerou que os dados dos anos anteriores possuíam muitas lacunas e poderiam prejudicar o estudo. A solicitação do livro foi realizada previamente à direção do hospital, que por sua vez repassou o pedido ao Setor de Arquivamento da instituição.

5.2 Análise dos prontuários

Após o término da coleta de dados, foi preparada outra planilha com os dados dos pacientes cujo motivo da internação foram as CSAP definidas 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. Desse modo, para a população de crianças e adolescentes foram selecionados pacientes com Asma e DM, e para adultos e idosos, cujas internações tinham ocorrido por HAS e DM e suas complicações. Foi entregue ao colaborador responsável pelo Setor de Faturamento uma lista contendo o nome, número de prontuário, data de entrada e saída dos pacientes selecionados, para que assim confirmasse os dados de internação dos pacientes e solicitasse os prontuários ao Setor de Arquivamento. Após a conferência, o colaborador procedia a liberação dos prontuários, que no caso do HPMS foi pequena, precisando apenas de dois dias para essa análise. Anexados a estes encontrava-se também os formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que continham informações como causa de internação ou diagnóstico, medicamentos em uso antes do atendimento, ficha de assistência social, dentre outros dados. Além disso, houve muitas perdas de prontuários dos quais não puderam ser analisados, seja por ausência de dados ou falta de organização dos mesmos.

5.3 Análise e características das ICSAP

Os dados gerais das internações ocorridas no HPMS, 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 (valores absolutos) do HPMS de residentes da região Serrana, segundo sexo e bairro, no período de 2013-2015. Macaé, 2016.

GRUPOS	GERAL	CRIANÇAS E ADOLESCENTES	ADULTOS E IDOSOS
HOSPITAL	HPMS	HPMS	HPMS
IDADE (x/DP/Moda)	0-79 (56,71 / 17,64/ 74)	0-18 (13,8/ 6,14/ -)	19-79 (57,59/ 10,63/ 2)
Nº TOTAL DE INTERNAÇÕES N(%)	233	5	228
SETE CIDS MAIS PREVALENTES N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
ITU*	64 (24,2)	2 (40,0)	62 (24,0)
PNEUMONIA	44 (16,6)	1 (20,0)	42 (16,3)
INSUFICIENCIA CARDÍACA	39 (14,7)	-	39 (15,1)
DIABETES MELLITUS	19 (7,2)	-	19 (7,4)
CELULITE**	17 (6,4)	1 (20,0)	16 (5,7)
ERISPELA	16 (6,1)	-	16 (6,2)
DOENÇAS CEREBROVASCULARES	13 (4,9)	-	13 (5,0)
Nº DE INTERNAÇÕES POR DISTRITOS N(%)			
CÓRREGO DO OURO	68(29,2)	2 (60,0)	65 (28,1)
FRADE	53 (22,7)	3 (40,0)	53 (22,9)
TRAPICHE	40 (17,1)	-	37 (16,0)
GLICÉRIO	21 (9,0)	-	21 (9,0)
SANA	12 (5,1)	-	12 (5,9)
DIAS DE INTERNAÇÃO (x/DP/Moda/Soma)	(7,35/ 12,31/ 2/ 1816)	(8,8/ 46,87 / 2/ 44)	(7,7/ 10,62/ 2/ 1860)

* Infecção no trato urinário.

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

No período de 2013-2015 foi registrado um total de 233 ICSAP, o que gerou 1816 dias de internações por CSAP apenas no HPMS, as quais poderiam ser evitadas. O presente estudo revelou que deste total, 228 internações eram referentes a adultos e idosos, o que corresponde a um percentual elevado (97,6%) de internações por diagnósticos cuja resolubilidade compete à AP. Já para crianças e adolescentes alguns casos foram

identificados com apenas cinco pessoas totalizando 2% das internações. No entanto, como mencionado no método, salienta-se que o HPMS não possui, ainda, estrutura para atender esta última população, o que pode justificar a diferença tão marcante de internações entre os grupos. De acordo com a UNICEF, são consideradas crianças aqueles que possuem idade até 12 anos, e em conversa com a equipe do HPMS, foi justificado que não há leitos pediátricos, e quando há casos estes são encaminhados para o HPM. Porém, em ocorrências menos graves que não precisem de cirurgia e se houver disponibilidade de leito, o hospital consegue atender esses pacientes, mas não é muito comum essa prática.

No grupo geral (todos os pacientes) o tempo de internação mínimo foi de menos de 24 horas, e o máximo foi de 104 dias, sendo o tempo médio de internação por pessoa de 7,3 dias (DP= 12,3, Moda= 2). Para o grupo das crianças e adolescentes, o tempo mínimo de internação foi de dois dias e o tempo máximo 32 dias. Já para os adultos e idosos o tempo mínimo foi de menos de 24 horas e o máximo de 104 dias, totalizando 1860 dias que poderiam ser evitáveis, com média de 7,72 dias de permanência hospitalar por pessoa (DP= 10,63, Moda= 2). Outro dado interessante refere-se a idade mais frequente (moda), 74 anos, entre os pacientes internados. Tal idade é considerada alta e corresponde a 6,8% das internações deste hospital. O alto índice de internações pelo grupo dos adultos e idosos condiz com os estudos de Veras, (2001) e Mota, Porto e Nogueira (2009), pois quanto maior a idade da pessoa mais ela fica propensa a doenças. Isso acontece por alterações no sistema imunológico, qualidade de vida, entre outros.

Salienta-se ainda que no grupo geral ocorreu ligeira predominância do sexo masculino, pois foram 125 homens e 108 mulheres internados. No grupo das crianças e adolescentes os meninos obtiveram destaque com três casos (60%) e as meninas com dois casos (40%), mas pelo número ser tão pequeno, essa diferença torna-se irrelevante.

A idade média do grupo geral foi aproximadamente 57 anos, sendo que a idade média para o grupo crianças e adolescentes foi de 14 anos e para o grupo dos adultos e idosos foi de 58 anos. Nota-se que a faixa de idosos é predominante nas ICSAP da região serrana. Isso está de acordo com Martins et al. (2007) que realizou um estudo na Paraíba onde foi possível de verificar

que a maior parte da população fora do círculo urbano de municípios é composta por idosos por ter uma qualidade de vida melhor aos domínios sociais e psicológicos do que os que residem na cidade.

Dentre a população adulta, aproximadamente 49,4% das ICSAP aconteceram em adultos e idosos (acima de 59 anos). De acordo com Perpétuo e Wong (2006), ocorrem algumas limitações para o acesso a saúde dessa população como a dificuldade de se deslocar e o alto grau de dependência de alguém para levá-lo ao mesmo, ainda assim há um envelhecimento da população brasileira associado ao desenvolvimento de doenças crônicas.

Dentre as causas de internações mais prevalentes encontradas na população estudada estão: ITU (64 internações), pneumonia (44 internações), insuficiência cardíaca (39 internações), DM (19 internações), celulite (17 internações), erisipela (16 internações) e doenças cerebrovasculares (13 internações) (**Tabela 2**). Essas causas foram responsáveis por 80,1% do total de ICSAP no período estudado. Como citado antes, ocorrem muitas mudanças no perfil demográfico do país. Uma delas é a diminuição das doenças infectocontagiosas com o passar do tempo, pois houve muitos avanços tecnológico e científico e transformações sócio-econômicas.

Tabela 2: Principais causas de ICSAP, por faixa etária dos residentes na região serrana de Macaé, internados no HPMS, 2013 a 2015. Macaé, 2016.

FAIXA ETÁRIA	PRINCIPAIS CAUSAS DE ICSAP
Crianças e adolescentes	1° ITU* 2° Pneumonia 3° Celulite 4° Infecções na pele ou tecido subcutâneo
Adultos e idosos	1° ITU* 2° Pneumonia 3° Insuficiência cardíaca 4° DM** 5° Erisipela

*Infecção do Trato Urinário

**Diabete *Mellitus*

Ao analisar os grupos crianças e adolescentes, adultos e idosos na tabela 2, a ITU ocupou o 1° lugar das CSAP. É uma doença que ocorre em todas as faixas etárias, porém durante o primeiro ano de vida podem ocorrer malformações congênitas na uretra o que causa ITU, e na vida adulta,

os picos de ITU podem aumentar por estar relacionado com a atividade sexual, durante a gravidez ou a menopausa. Já nos idosos a ITU foi a doença de maior incidência por ser frequente nessa faixa etária, na qual ocorre a presença do prostatismo tornando o homem mais suscetível, e na mulher se deve à uretra mais curta e a maior proximidade do ânus com o vestíbulo vaginal e uretral (HEILBERG; SCHOR, 2003). Destaca-se também que o tratamento na população idosa é bastante difícil, as bactérias tornam-se mais resistentes porque há maior repetição dos ciclos de antibióticos o que causa a seleção de agentes (POMPEO et al., 2004).

A segunda CSAP com alta incidência tanto no grupo Geral quanto nas faixas etárias foi pneumonia. De acordo com Rehem *et al.* (2012), as pneumonias estão entre as três maiores causas de internação em todas as faixas etárias. Isso pode estar associado a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, falta de saneamento básico no município e até mesmo deficiência alimentar.

Apesar do público mais acometido nesse estudo terem sido os adultos e idosos, estudos apontam que a pneumonia é uma das maiores causas de mortalidade na faixa etária inferior a cinco anos de idade, sendo uma das condições não só mais comum, mas também como mais grave. No Brasil, a pneumonia é responsável por 11% das mortes em crianças menores de um ano e 13% entre um e quatro anos de idade (RODRIGUES; SILVA-FILHO; BUSH, 2012).

A 3° CSAP que ocorreu no grupo adultos e idosos foi insuficiência cardíaca, com 39 pacientes internados (14,7%). No trabalho de Alfradique *et al.* (2006), confirma esse dado onde a insuficiência cardíaca está entre as maiores causas de ICSAP no Brasil com 11,2% de taxa de hospitalização pelo SUS.

Já no grupo de crianças e adolescentes, o 3° lugar são as celulites. Essa doença ocorre através de uma inflamação da derme e do tecido subcutâneo causado por bactérias e é mais frequente encontrar nas pernas. Não foi possível encontrar na literatura para comparação dos nossos resultados. Assim, autores sugerem que ICSAP por essa doença pode estar relacionada com fatores culturais e a precárias condições socioeconômicas destes pacientes (SOUZA, 2003). Alguns casos podem estar associados a altos

períodos de internação e manejo inadequado em punções venosas, ou até mesmo por exagerados movimentos.

No grupo infanto-juvenil, o 4º lugar foi para infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo. No trabalho de Rehem *et al.* (2012) aponta que está entre as principais CSAP acometidas em crianças e adolescentes.

Já a DM ocupou o 4º lugar do grupo adultos e idosos, com 19 pacientes, representando 7,3% da população estudada. Já para o 6º lugar do grupo geral e o 5º lugar para o grupo adultos e idosos, a maior causa de ICSAP foi de erisipela, que também é considerada uma doença de infecção na pele causada por bactérias. O que difere a erisipela da celulite é o local em que a bactéria se aloja e causa a infecção. A erisipela é mais superficial e ocorre na epiderme e derme, já na celulite infecta a hipoderme e a camada mais profunda da derme (CAETANO; AMORIM, 2005).

O 7º lugar do grupo geral e o 6º lugar no grupo adultos e idosos ficaram as doenças cerebrovasculares com 13 internações. Esta doença é a 3º causa de morte em países desenvolvidos, e causa cerca de 9 a 14% das mortes em pessoas com 30 a 40 anos (PITTELLA; DUARTE, 2002).

Na **figura1**, das 233 internações pode-se perceber que o bairro Córrego do Ouro ocupou o 1º lugar entre os bairros com maior número de ICSAP, com 68 pacientes (29,1%), dos quais 65 foram do grupo adultos e idosos e dois do grupo crianças e adolescentes. Vale ressaltar que alguns dados do grupo geral foram perdidos (um faltando a idade e três faltando data de entrada ou saída) quando contabilizados nas faixas etárias por falta de informações.

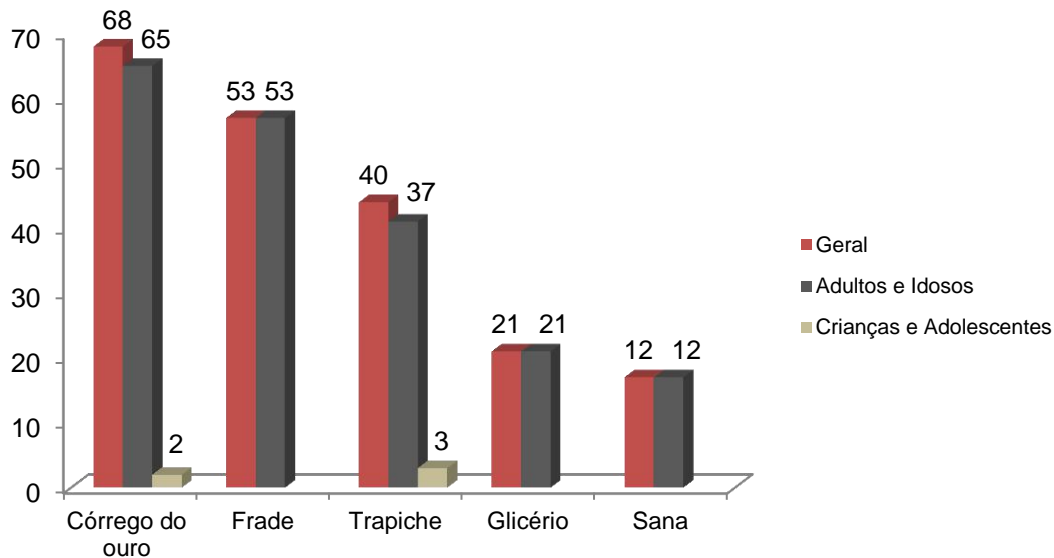


Figura 1: Distribuição das ICSAP dos residentes na região serrana de Macaé internados no HPMS versus cinco distritos que mais apresentaram internações no período de 2013-2015.

A partir do gráfico, observou-se que o Córrego do Ouro obteve mais ICSAP. Já para o Frade, Glicério e Sana somente aconteceram internações com adultos e idosos.

5.4 Análise e características das ICSAP nos hospitais HPM e HPMS

Nesse momento serão apresentadas as ICSAP da população da serra de Macaé quando internados tanto no HPM como no HPMS desde 2007 até setembro de 2015. Para isso, uniram-se os dados deste projeto junto com o banco de dados dos projetos-irmãos, de Aguiar (2014) e Stuckenbruck (2015).

No período de 2007 a 2015, no grupo geral observa-se que o tempo de internação mínimo foi de menos de 24 horas, o máximo foi de 169 dias, totalizando 3755 dias de internações que poderiam ser evitadas se a APS tivesse funcionando adequadamente. No que se refere ao tempo médio de internação por pessoa, este foi de 7,8 dias (DP= 12,95, Moda= 2) (**Tabela 3**).

Tabela 3: Descrição dos distritos com ICSAP mais prevalentes (valores absolutos), dos residentes da Serra atendidos no HPMS e HPM, segundo sexo e bairro, no período de 2007 a 2015. Macaé, 2016.

GRUPOS	GERAL	CRIANÇAS E ADOLESCENTES	ADULTOS E IDOSOS
HOSPITAIS	HPMS e HPM	HPMS e HPM	HPMS e HPM
IDADE (x/DP/Moda)	0-79 (46,28 / 24,4 / 0)	0-18 (6,05/ 6,6/ 0)	18-79 (54,5/ 17,54/ 74)
Nº TOTAL DE DIAS DE INTERNAÇÕES N(%)	3755	573	3181
IDADE COM MAIS FREQUÊNCIA DE CID N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
	<1 ano: 25 (5,1)	<1 ano: 25 (30,1)	74 anos: 19 (4,7%)
QUANTIDADE DE CIDS POR PESSOA N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
1 CID	327 (75)	71 (88,8)	255 (86,5)
2 CID	51 (11,7)	9 (11,3)	42 (11,8)
3 CID	6 (1,4)	-	6 (1,7)
TOTAL DE PACIENTES	435	83	352
DISTRITOS DAS INTERNAÇÕES MAIS PREVALENTES N(%)	N (%) coloc*	N (%) coloc*	N (%) coloc*
5º DISTRITO	198 (40,6) 1º	32 (38,6) 1º	166 (41,1) 1º
2º DISTRITO	170 (34,8) 2º	32 (38,6%) 1º	137 (33,9) 2º
4º DISTRITO	65 (13,3) 3º	13 (15,7) 2º	52 (12,9) 3º
6º DISTRITO	38 (7,8) 4º	6 (7,2) 3º	32 (7,9) 4º
DIAS DE INTERNAÇÃO (x/DP/Moda)	(7,79/ 12,95/ 2)	(7/ 14,02/ 2)	(7,9/ 12,75/ 2)

Coloc: % e colocação referentes às ICSAP em relação os quatro distritos com mais internações observados neste estudo.

Para o grupo de crianças e adolescentes o tempo de internação mínimo foi de menos de 24 horas, máximo de 55 dias, totalizando 573 dias, sendo o tempo médio internação por pessoa de sete dias (DP= 14,02; Moda= 2). E para o grupo de adultos e idosos o tempo mínimo foi de menos de 24 horas e máximo de 169 dias, totalizando 3181 dias, sendo 7,9 dias o tempo médio de internação por pessoa (DP= 12,75; Moda= 2).

Quando unido os dois bancos de dados, percebe-se que a média de idade dos pacientes internados foi de 46 anos (DP= 24,4, Moda= 0). É importante notar que a moda de idades são bebês com menos de um ano, sendo 25 pacientes dessa idade foram internados com CSAP (5,1%), visto que somente no HPM foi possível visualizar isso, pois no HPMS não há leitos pediátricos. Já no trabalho de Stuckenbruck (2015), para pacientes com menos

de um ano foram de 696 internações (38%), neste período, o que aponta para uma necessidade de maior atenção à saúde destes pelo município.

Como visto na tabela 3, no grupo geral foram internados 327 pacientes com apenas uma CID, totalizando 75% das 435 internações. Porém, como já dito, ocorreu ausência de alguns dados dos pacientes e então não puderam contabilizar quando colocados em grupo, ficando apenas 384 CIDs para analisar. Já para os grupos crianças e adolescentes, e adultos e idosos foram 80 pacientes e 303 pacientes, respectivamente.

As sete CSAP que mais causaram internações no grupo geral foram: pneumonia (107 pacientes), ITU (68 pacientes), insuficiência cardíaca (50 pacientes), infecções da pele e tecido subcutâneo (44 pacientes), doenças cerebrovasculares (37 pacientes), DM (36 pacientes) e HAS (35 pacientes). Estudos regionais e locais mostram que as pneumonias estão entre as principais causas de ICSAP (PERPÉTUO & WONG, 2007).

Ao juntar o banco de dados, todos os grupos apresentaram pneumonia em 1º lugar e ITU como 2º lugar, o que corresponde a um alto número de internações por CSAP, trocando apenas de lugares na colocação em relação aos pacientes atendidos somente na serra.

No grupo geral e adultos e idosos, a insuficiência cardíaca alcançou o 3º lugar, mantendo a mesma posição quando comparados com os pacientes atendidos no HPMS.

A terceira CSAP no grupo das crianças e adolescentes foi bronquite aguda, que é considerada umas das principais CSAP encontradas em crianças e adolescentes, corroborando com estudos que comprovam que doenças respiratórias são as principais causas de internações no Brasil e no mundo. A prevalência estimada para bronquite aguda nesse estudo é semelhante à dos Estados Unidos, em torno de 5% (SOUSA et al., 2011).

Outra CSAP com alta incidência, assim como apresentado apenas no HPMS, foi infecções na pele e tecido subcutâneo, ocupando o 4º lugar do grupo geral. Já para crianças e adolescentes o 4º lugar foi a asma. Essa doença é considerada crônica, atinge cerca de 10 a 25% da população global e

em 2006 foi considerada pelo SUS como também a quarta causa de internação, sendo um problema de saúde pública (CAMPANHA; FREIRE; FONTES, 2008).

Para o grupo adultos e idosos o 4º lugar foram as doenças cerebrovasculares e no grupo geral ocupou o 5º lugar. Essa doença está associada a fatores de risco como DM, tabagismo, obesidade, hiperlipidemia e HAS, e tem 80% de chance da pessoa que possui-la vir a óbito (MACKAY & MENSAH, 2004). Além disso, HAS ficou com o 5º lugar no grupo adultos e idosos, correspondendo a 7,3% das internações e com o 7º lugar para o grupo geral, esta doença também está associada aos eventos cardiovasculares.

Sobre a gastroenterite, essa CSAP ocupou o 5º lugar no grupo crianças e adolescentes. Essa afecção é uma das mais comuns no ser humano e nos EUA ocupa a segunda causa de notificações. É preciso tomar precauções como lavar as mãos e os alimentos corretamente para evitar contaminação, sendo necessários investimentos públicos em saúde para combater esses fatores socioeconômicos (MORILLO; TIMENETSKY, 2011). Por fim, a DM no grupo geral ficou em 6º lugar, e o 7º lugar que antes eram as doenças cerebrovasculares no HPMS, agora passou a ser a HAS.

Em relação aos bairros, nos primeiros bancos de dados do HPM não havia a discriminação por bairros existentes em cada distrito da serra, ocorrendo apenas a divisão por distritos, englobando assim todos os bairros separados por distritos. Desta forma, no grupo geral, e adultos e idosos, o 1º lugar com mais internações foi o 5º distrito composto pelos bairros: Frade, Trapiche, Bicuda grande e Bicuda pequena. Já o 2º lugar ficou com o 2º distrito (Córrego do Ouro). O 3º lugar ficou com o 4º distrito (Glicério, Aurora, Óleo, Serra da Cruz, Duas barras e Tapera). O 4º lugar ficou com o 6º distrito (Sana). Já no grupo crianças e adolescentes o 1º lugar ficou empatado com o 2º distrito e 5º distrito, os demais continuam na mesma posição. É interessante perceber que nenhum paciente do 3º distrito (Cachoeiras de Macaé) foi identificado em ICSAP desde 2007, o qual não podemos afirmar que não existam pessoas já internadas no HPMS, mas sugere-se que possivelmente esses estejam sendo

encaminhados para outros municípios próximos, como por exemplo Trajano de Moraes.

No município de Macaé, para os residentes da região serrana, foram encontradas maior taxa de ICSAP de internações pelo sexo feminino (51,8%), do que no sexo masculino (48,2%) em relação a todos os grupos (**Tabela 4**). De acordo com Castro, Travassos e Carvalho (2002), as mulheres, por procurarem mais serviços de saúde acabam se tratando mais do que os homens. Apesar dos dados não corresponderem com a literatura, a diferença entre os sexos foi pequena e tornar-se difícil afirmar que os dados desse trabalho não condizem com o da maioria dos estudos.

Tabela 4: Distribuição das internações segundo o sexo dos pacientes residentes da serra de Macaé que foram atendidos no HPMS e HPM, no período de 2007 a 2015. Macaé, 2016.

SEXO	QUANTIDADE DE PACIENTES (n/%)	CRIANÇAS E ADOLESCENTES (n/%)	ADULTOS E IDOSOS (n/%)
FEMININO	253 (51,8)	43 (51,8)	209 (51,7)
MASCULINO	235 (48,2)	40 (48,2)	195 (48,3)
TOTAL	488	83	404

5.4.1 Medicamentos utilizados antes do período de internações pelos pacientes portadores de DM, HAS e asma

Considerando os medicamentos como um insumo essencial para o tratamento e cura de muitas doenças, o presente estudo buscou também determinar o número de pacientes que tinham em seus prontuários a descrição de medicamentos em uso antes da internação, que foram analisados segundo as classes terapêuticas e presença na lista de medicamentos utilizados até 2011.

Fundamentado nas informações disponíveis nos prontuários, tabulou-se os dados acerca do uso de medicamentos pelos pacientes antes da internação por HAS, DM e asma (**Tabela 5**).

Tabela 5: Descrição de pacientes residentes na região serrana do município de Macaé internados por HAS, DM e asma cujos prontuários apresentavam ou não informações sobre o uso de medicamentos antes da internação.

CSAP / INFORMAÇÃO MEDICAMENTO	HAS	DM	ASMA
	Nº Intern. (%)	Nº Intern. (%)	Nº Intern. (%)
	Adultos e Idosos	Crianças e adolescentes/ Adultos e Idosos	Crianças e adolescentes
SIM	46	9 / 34	0
NÃO	63	22 / 58	4
TOTAL	109	31 / 92	4

No período estudado nos dois hospitais, foram verificados 111 prontuários de internações decorrentes de HAS. Deste total, dois prontuários não foram encontrados pelos colaboradores. A partir de um novo total de 109 prontuários, 46 pessoas indicaram o uso domiciliar de medicamentos para o controle da HAS. Vale ressaltar que, dos sete prontuários dos pacientes internados por HAS no HPMS, somente um prontuário deste hospital relatou o uso de medicamentos, os demais provinham do HPM.

No que se refere aos pacientes internados em decorrência da DM e suas complicações, seis prontuários não foram encontrados, restando um total de 127. 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 quatro casos. Sendo assim, o total de pacientes internados por DM cujos prontuários foram analisados foi de 123 pessoas. Para o grupo crianças e adolescentes com DM, obteve-se 31 prontuários, porém somente nove indicaram o uso de medicamentos. No grupo de adultos e idosos o número foi maior, foram 92 prontuários e apenas 34 relataram utilizar medicamentos antes da internação. Já para a asma, só foram encontrados pacientes internados no HPM e quatro prontuários foram vistos no grupo das crianças e adolescentes, porém nenhum deles relatava o uso de medicamentos.

Dos 89 prontuários (46 de HAS, 34 para DM em adultos e idosos, e nove DM em crianças e adolescentes) (**Tabela 6**) que relataram informações sobre o uso de medicamentos, foram identificados nove pacientes em polifarmácia, que pode ser definida como o uso de cinco ou mais medicamentos por uma pessoa. Este é um indicador importante para avaliar a adesão dos pacientes ao tratamento ambulatorial e consequentemente identificar e avaliar as causas das internações (SECOLI, 2010).

Diante do exposto, ocorrem 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 do projeto. Foi encontrada uma ausência significativa de dados importantes nos prontuários sobre o uso de medicamentos antes da internação, o que pode ter ocasionado erros no tratamento, alterando a reconciliação medicamentosa do paciente a fim de piorar o estado do mesmo, pois no ambiente hospitalar muitas vezes se faz a administração de medicamentos diferentes dos que estão em uso pelo paciente. Isso está de acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (2014) onde é necessário que o hospital venha a coletar essas informações mais precisamente para que assim facilite no tratamento medicamentoso, no momento da admissão até a alta do paciente, oferecendo então um menor risco associado ao medicamento e um aumento na eficácia da terapia (FIOCRUZ, 2014).

Tabela 6: Distribuição de pacientes internados por asma, HAS e DM, e respectivos medicamentos mais utilizados antes da internação e seu código ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*).

CÓDIGO ATC	PRINCÍPIO ATIVO	CLASSE FARMACOLÓGICA	Nº PACIENTES
DIABETES MELLITUS			
A10AB01	Insulina	Ação rápida (Regular)	17
A10AC01	Insulina	Ação intermediária (NPH)	14
A10BA02	Metformina	Hipoglicemiantes	12
A10BB01	Glibenclamida	Hipoglicemiantes	7
A10AE04	Insulina	Ação lenta (Lantus)	4
A10AB04	Insulina	Ação ultrarapida (Humalog)	3
HIPERTENSÃO			
C09AA01	Captopril	IECA	18
C09CA01	Losartana	Antag. da Ang II	12
C09AA02	Enalapril	IECA	12

Atualmente, na Farmácia Municipal de Macaé, há vários medicamentos disponíveis para o tratamento de HAS, DM e asma. Entre os medicamentos para HAS, conforme a tabela 6, os três mais utilizados antes das internações foram: Captopril (inibidor da ECA), Enalapril (inibidor da ECA) e Losartan (Antagonista da Ang.II). É bastante comum ocorrer a associação com medicamentos diuréticos para normalizar a pressão arterial melhor. Dentre estes os mais utilizados foram: Furosemida (diurético de alça), Hidroclorotiazida (tiazídicos) e Espirolactona (agente poupador de potássio). No **Apêndice I** encontram-se todos os medicamentos utilizados por esta população para essas duas categorias de doenças, porém o Losartan foi o único medicamento que não estava na lista da REMUME de 2011, somente depois na lista de 2013 começou a fazer parte.

A DM é considerada uma doença crônica exigindo cuidado ao longo do tempo para evitar complicações agudas, requerendo algumas mudanças no hábito de vida das pessoas que a possui (GONÇALVES et al., 2013). A OMS prevê que em 2020 as doenças crônicas serão a primeira causa de incapacidade global e de gastos pela saúde pública. Os gastos com essa

doença variam de 2,5% a 15% em todo o mundo, sendo que não há somente as despesas financeiras, mas também os custos relacionados à dor, ansiedade, menor qualidade de vida que afeta quem tem e a sua família (SILVEIRA et al., 2013). Existem dois tipos de DM, o tipo 1 (DM1) que aparece na infância ou adolescência, por causa da destruição das células beta de natureza autoimune ou idiopática, causando deficiência de insulina e requerendo reposição do hormônio. Já o tipo 2 (DM2) é a mais frequente e corresponde a 85-90% dos casos, principalmente em adultos. Ocorre devido a resistência a insulina e/ou redução na secreção desse hormônio, podendo ter como tratamento mudança nos hábitos alimentares combinados com o uso de antidiabéticos orais e insulinas (SBD, 2003; WHO, 1999).

O município possui na rede, duas dos quatro tipos de insulina mencionados pelos pacientes (Regular e NPH), já os tipos Humalog e Lantus, são obtidos apenas comprando. Contudo, uma pequena parcela utiliza esses tipos de insulina, sendo a sua maioria contemplada pela insulina presente na Lista de Medicamentos do Município. De acordo com Dal Pizzol *et al.* (2010) a prescrição de um “medicamento não-essencial” é justificada pela inadequação da lista, apontando como um indicador negativo de qualidade quando relacionado a avaliação da adesão à lista de medicamentos.

Embora a maioria dos medicamentos constasse na lista do REMUME até 2011, esse fato não garante a disponibilidade constante dos mesmos na rede pública. Muitos pacientes insulino-dependentes relataram no prontuário a falta do medicamento na rede e assim suspenderam por conta própria o tratamento, podendo ter ocasionado a internação.

Assim, apesar de se obter informações importantes sobre as causas de ICSAP mais frequentes no município, durante o período pesquisado, deve-se fazer alguns considerações em relação às limitações do trabalho. Desta maneira, os resultados devem ser utilizados com atenção, pois o uso do indicador ICSAP para monitoramento da AP requer dados para altas hospitalares mais completos, que os diagnósticos registrados sejam confiáveis, que as condições selecionadas como sensíveis sejam 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 que possuem dificuldades ao serem cumpridos integralmente no contexto brasileiro atual (PERPETUO; WONG 2006).

O estudo realizado foi descritivo com base em dados secundários cuja fonte foi cadernos de internação manuseados por colaboradores de fora da área de saúde, onde foi possível encontrar erros quanto as anotações referentes à data de admissão e alta hospitalar, ausência de dados, divergências entre os livros de internações e os prontuários, ilegibilidade por parte dos médicos, prontuários em branco, além da falha por parte do setor de arquivamento acerca da perda de prontuários. Assim, o trabalho esteve sujeito a vieses de informação, indicando informações que informações clínicas podem não ser tão confiáveis. Dentre estas, a variável de menor confiabilidade seria o diagnóstico principal em relação aos procedimentos e atos médicos realizados (PERPÉTUO; WONG 2007).

Assim, ainda diante das limitações descritas, inerentes a informações coletadas por 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, contribuindo assim para um direcionamento das ações em saúde e estimulando a elaboração de estratégias visando sempre diminuir as ICSAP, além de sinalizarem necessidade de melhoria na qualidade dos dados envolvidos no cuidado em saúde.

6 CONCLUSAO

O presente estudo possibilitou apresentar os dados iniciais sobre ICSAP no município de Macaé da região serrana. Dos resultados gerais, entre os pacientes internados por CSAP no período pesquisado, as mulheres eram ligeira maioria (51,8%) dos pacientes internados. O período de internação mais frequente foi de 7,8 dias. Das principais causas de CSAP a Pneumonia ocupou o primeiro lugar seguido da ITU. Para crianças e os adolescentes obteve-se como principal causa de internação a Pneumonia (35,5%), seguida de ITU (16,1%) e Bronquite aguda (8,6%). Já os adultos e idosos apresentaram com

causas principais de internação a Pneumonia (15,7%), seguida pela ITU (13,9%) e a Insuficiência Cardíaca (10,7%). Esses dados nos fazem perceber a alta prevalência da Pneumonia como CSAP no período, entre os dois grupos estudados, mesmo sendo uma doença infectocontagiosa passível de tratamento ambulatorial oferecido pelo município. O alto número de pacientes que apresentaram ter ITU ficou com a segunda colocação das causas mais prevalentes, apesar da exclusão das mulheres gestantes da pesquisa, que normalmente apresentam altas taxas de internação por essa doença.

No caso dos distritos de residência dos pacientes internados, os principais o 5º distrito foi o que houve mais internações, assim esses dados podem servir para empreender medidas de intervenção como melhoria dos serviços ambulatoriais oferecidos à população local.

Em relação às informações acerca dos medicamentos em uso pelos pacientes antes da internação o número foi bastante baixo, visto que somente no HPM houve um número um pouco maior de relatos e no HPMS essa prática não é muito comum devido ao baixo número de prontuários encontrados com tais informações. Ainda assim, não foram constatadas informações referentes à asma, o que pode ser um erro gravíssimo, já que essa doença ainda encontra-se entre as principais CSAP e para obter uma estratégia de combate a essa é preciso ter dados para realizar essa ação corretamente.

Os medicamentos mais utilizados pelos hipertensos eram: Captopril (1º lugar), Losartan e Enalapril (2º lugar), AAS (3º lugar), Nifedipina, Furosemida e Hidroclorotiazida (4º lugar). Para os pacientes com DM e complicações a maioria não sabiam dizer que medicamentos usavam ou essa informação não estava registrada no prontuário. Além disso, muito disseram que suspendiam por conta própria, não fazendo o uso regular dos medicamentos prescritos. Os medicamentos mais utilizados para DM foram: Insulina NPH e regular (encontrados no REMUME de 2011), contudo as insulinas Humalog e Lantus, também foram citadas nos prontuários. É importante enfatizar que estas não faziam parte da lista de medicamentos e os pacientes só tem acesso se comprarem em uma farmácia privada.

As doenças crônicas citadas (HAS, DM e Asma) necessitam tratamento contínuo e controle durante toda a vida. Assim seria necessário um acompanhamento intensivo por profissionais de saúde, inclusive o farmacêutico, na terapêutica desses pacientes com o intuito de promover o acesso ao tratamento assim como mudança nos hábitos de vida.

Assim, foi demonstrado que o indicador ICSAP transforma-se numa ferramenta indispensável para auxiliar o supervisionamento e a avaliação da AP em saúde. O crescimento das cidades e a falta de acesso aos serviços de saúde contribuem para o acréscimo das taxas de morbidade e complicações pela CSAP no Brasil. No entanto, as ICSAP servem para facilitar os gestores na tomada de decisão para implantar melhorias de programas e serviços de saúde, e que conseqüentemente contribuam para o aumento na qualidade de vida da população.

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. A. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337- 1349, 2009.

ANDRADE, M.V. et al. A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.6, p.1175-1187, jun., 2015.

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.

ARRAIS, P.S.D. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, p.1737-46, 2005.

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

BATISTA, S.R.R. et al. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. **Rev Saúde Pública**, 2012, v.46, n.1, p.34-42.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 27 dez. 2015.

BRASIL. Lei n. 8.069,13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Casa Civil, Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 28 dez. 2015.

BRASIL. Lei n. 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, DF, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 03 jan.2016.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 03 jan.2016.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Casa Civil, Brasília, 2003. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 28 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle Social: Carta SUS revela esquema de desvio de dinheiro da Saúde. Brasília, setembro de 2012. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/13192-control-social-carta-sus-revela-esquema-de-desvio-de-dinheiro-da-saude-publica>>. Acesso em: 27 dez. 2015.

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, 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 28 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 03 jan.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 221/2008. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/Portaria_SAS_N_221_08_Lista_Internacoes_Condicoes_Sensiveis_Atencao_Basica.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf>.

Acesso em: 03 jan.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica, 4.ed., Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2015.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional** / Ana Elizabete Mota... [et al.], (orgs) – 4. Ed – São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BILLINGS J. et al. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Aff (Millwood)**, 1993, v.12, p.162-73.

CAETANO, M.; AMORIM, I. Erisipela. **Acta Med Port.** v.18, p. 385-394, 2005.

CAETANO, R.; DAIN, S. O programa de Saúde da Família e a reestruturação da Atenção Básica à Saúde nos grandes centros urbanos: Velhos problemas,

Novos desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2002, v.12, n.1, p.11-21.

CAMINAL J. et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **Eur J Public Health**, 2004, v.14, n.3, p.246-51.

CAMPANHA, S.M.A.; FREIRE, L.M.S; FONTES, M.J.F. O impacto da asma, da rinite alérgica e da respiração oral na qualidade de vida de crianças e adolescentes. **Rev CEFAC**, São Paulo, v.10, n.4, p. 513-519, 2008.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**, São Paulo, Ed. Hucitec, 2010.

CAMPOS, A. Z.; THEME-FILHA, M. M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p.845- 855, 2012.

CASTRO, M.S.M; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M.S. Fatores Associados às internações hospitalares no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 4, p. 795-811, 2002.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2015.

CORBO, A.D. et al. **Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. Modelos de Atenção e a Saúde da Família.** Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

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.

DOURADO I. et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). **Med Care**, 2011, v.49, n.6, p.577-84.

ELIAS, E; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Rev. Bras. Epidemiol**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 633-647, 2008.

ELIAS, P. E. et al. **Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo.** Ciência e saúde coletiva, v. 11, 3 ed., Rio de Janeiro, 2006.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**, Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

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>>.

GUERRA JR, A. A. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, 2004, v.15, n.3, p.168-75.

GONÇALVES, M.R. et al. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v.8, n.29, p.235-43, 2013.

GOTTEMS, L. B. D. et al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.6, p.1409-1419, jun.2009.

HEILBERG, I.P.; SCHOR, N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário – ITU. **Rev. Assoc. Med. Bras**. v. 49, n.1, p. 109-116, 2003.

KAUFFMANN, C. et al. Analysis of pharmaceutical assistance in the Taquari Valley, Rio Grande do Sul: profile of service users and access to medication. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Science**, v. 45, n.4, oct./dec.2009.

MACINKO J. et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Aff (Millwood)**, 2010, v.29, n.12, p.2149-60.

MACKAY J.; MENSAH G.A. The atlas of heart disease and stroke. Geneva: World Health Organization, 2004.

MARTINS, C.R. et al. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Est. Interdiscip. Envelhec.*, v. 11, p. 135-54, 2007.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. Atenção Primária à Saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde, 2009.** Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

MATTOS, R. O Incentivo ao PSF e seu impacto sobre as grandes cidades. *Physis. Revista de saúde coletiva*, v.12, n.1, p.77-108, 2002.

MEDICI, A. Proposta para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde. In: Bacha EL, Schwartzman S, organizadores. Brasil: **a nova agenda social**, Rio de Janeiro: Instituto de Estudos de Política Econômica – Casa das Garças; p.23-93, 2011.

MENDES, A.G. Programa de Saúde da Família no Brasil – Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14 p.1625-1628, 2009.

MORILLO, S.G.; TIMENETSKY, M.C.S.T. Norovírus: um visão geral. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.57, n.4, 2011.

MOTA, S.M.Q. et al. Imunossenescência: alterações imunológicas no idoso. Ed. Moreira Júnior, Fortaleza, 2009.

NEDEL, F.B. et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.19, n.1, p.61-75, 2010.

NEDEL, F.B. et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.6, p.1041-1052, 2008.

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

PITELLA, J.E.H.; DUARTE, J.E. Prevalência e padrão de distribuição das doenças cerebrovasculares em 242 idosos, procedentes de um hospital geral, necropsiados em Belo Horizonte, Minas Gerais, no período de 1976 a 1997. **Arq. Neuropsiquiatr**, v.60, n.1, p.47-55, 2002.

POMPEO, A. C. L. et al. Infecção do Trato Urinário no Idoso. Projeto diretrizes. Sociedade Brasileira de Urologia, 2004.

PREFEITURA DE MACAÉ. Cidade. Disponível em: <<http://www.macaee.rj.gov.br/conteudo/leitura/titulo/desafio-e-levar-igualdade-para-todos>>. Acesso em: 07 jan. 2015.

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

RODRIGUES, J. C.; SILVA-FILHO, L.V.F.; BUSH, A. Diagnóstico etiológico das pneumonias – uma visão crítica. **Jornal Pediátrico**, v.78, 2002

ROJAS, C. M. La Atención Farmacêutica em la meta da salud para todos en el año 2000. **Medellín**: Faculdade de Quimica Farmacêutica, 1988.

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

SILVEIRA, J.A.A. et al. Características da assistência à saúde a pessoas com Diabetes mellitus acompanhadas na Unidade de Saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde. **Rev. O Mundo da Saúde.** São Paulo, v.34., n.1, p.43-49, 2010.

SOUZA, C.A. et al. Doenças respiratórias e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, 2008-2009. **Rev. Saúde Pública**, 2011.

SOUZA, C.S. **Infecções de tecidos moles. Erisipela. Celulite. Síndromes infecciosas mediadas por toxinas.** Medicina, Ribeirão Preto, n.36, p.351-356, 2003.

SOUZA, L.L.; COSTA, J.S.D. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. **Rev Saúde Pública**, 2011, v.45, n.4, p.765-72.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 07 jan.2016.

TEIXEIRA, A.C.A. **Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão e seus determinantes em pacientes de ambulatório.** (Dissertação de Mestrado). Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Avaliação do impacto das ações do programa de saúde da família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica em adultos e idosos: Projeto ICSAP Brasil. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

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

VIANA, A. L. A. et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.577-606, 2006.

WHO. World Health Organization. The world medicines situation 2011 – selection of essential medicines, 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js20054en/>>. Acesso em: 09 jan. 2016.

WHO. World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications, 1999. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66040/1/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2016.

YAMAUTI, S.M.; BARBERATO-FILHO, S.; LOPES, L.C. Elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil e a Política de Nacional Assistência Farmacêutica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.8, p.1648-1662, ago.2015.

8 APÊNDICE

APÊNDICE I: Número 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
DIABETES MELLITUS			
A10AB01	Insulina	Ação rápida (Regular)	17
A10AC01	Insulina	Ação intermediária (NPH)	14
A10BA02	Metformina	Hipoglicemiantes	12
A10BB01	Glibenclamida	Hipoglicemiantes	7
A10AE04	Insulina	Ação lenta (Lantus)	4
A10AB04	Insulina	Ação ultrarrápida (Humalog)	3
A10BB09	Glicazida	Hipoglicemiantes	1
A10BB12	Glimepirida	Hipoglicemiantes	1
HIPERTENSÃO			
C09AA01	Captopril	IECA	18
C09CA01	Losartan	Antag. da Ang II	12
C09AA02	Enalapril	IECA	12
B01AC06	Ác. Acetilsalicílico (AAS)	In. Ag.. Pla. excl. Heparina	11
C08CA05	Nifedipina	Bloq. canal de Ca ⁺⁺	7
C03AA03	Hidroclorotiazida	Tiazídicos	7
C03CA01	Furosemida	Diuréticos de Alça	7
C02AB01(L)/02(rac.)	Metildopa	Ag. Antiaderente de ação central	7
C08CA01	Anlodipina	Bloq. canal de Ca ⁺⁺	6
C07AG02	Carvedilol	Agentes betabloq.	5
C03DA01	Espiro lactona	Agentes Poup. De K ⁺	5
C01AA05	Digoxina	Glicosídeo digitálico	2
C01DA14	Isossorbida(mono)	Vasodilatador	2
C07AB03	Atenolol	Agentes betabloq.	2
C07AA05	Propranolol	Agentes betabloq.	1

C08DA01	Verapamil	Bloq. canal de Ca ⁺⁺	1
C07AB02	Metoprolol	Agentes betabloq.	1

9 ANEXOS

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.	ANLÓDIPINO 5mg, besilato comprimido
16.	ATENÓLOL 50mg comprimido
17.	AZITROMICINA 500 mg comprimido
18.*	BIPERIDENO 2mg comprimido
19.	BROMOPRIDA 4 mg/ml gts c/ 20ml
20.	CÁLCIO, carbonato 500 mg comprimido
21.	CAPTÓPRIL 25mg comprimido
22.*	CARBAMAZEPINA 100mg/5ml frasco 100ml
23.*	CARBAMAZEPINA 200mg comprimido
24.	CARBONATO DE LÍCIO 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

ITEM	DESCRIÇÃO DO MEDICAMENTO
28.	CETOCONAZOL 200mg comprimido
29.	CETOCONAZOL 20mg/g creme tubo 30g
30.	CINARIZINA 75mg comprimido
31.	CIPROFLOXACINA 500 mg comprimido
32.*	CLOMIPRAMINA 25mg comprimido
33.*	CLONAZEPAN 0,5mg comprimido
34.*	CLONAZEPAN 2mg comprimido
35.*	CLORPROMAZINA 25mg comprimido
36.*	CLORPROMAZINA 100mg comprimido
37.*	CLORPROMAZINA 40mg/ml frasco 20ml
38.	DEXAMETASONA 1% creme
39.	DEXCLORFENIRAMINA 0,4mg/ml solução oral frasco 100 ml
40.	DEXCLORFENIRAMINA 2mg comprimido
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
89.	NISTATINA creme vaginal tubo 60g

ITEM	DESCRIÇÃO DO MEDICAMENTO
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