



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**MARIA GLÁUCIA ALVES ALBUQUERQUE**

**ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO  
PRIMÁRIA (ICSAP) NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS NOS ANOS DE 2002 E 2012**

SÃO LUÍS  
2014

**MARIA GLÁUCIA ALVES ALBUQUERQUE**

**ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO  
PRIMÁRIA (ICSAP) NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS NOS ANOS DE 2002 E 2012**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientadora: Profa. Dra. Conceição de Maria Pedrozo e Silva de Azevedo.

SÃO LUÍS  
2014

Albuquerque, Maria Gláucia Alves

Análise das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no município de São Luís nos anos de 2002 e 2012/ Maria Gláucia Alves Albuquerque. – São Luís, 2014.

42 f.

Impresso por computador (Fotocopia)

Orientador: Conceição de Maria Pedrozo e Silva de Azevedo

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Rede Nordeste em Saúde da Família, Mestrado Profissional em Saúde da Família, 2014.

Condições Sensíveis à Atenção Primária. 2. Causas de internação. 3. Atenção primária à saúde. 4. Estudo transversal. I. Título.

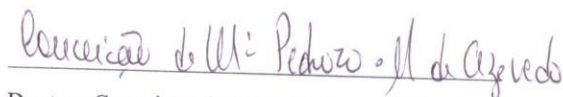
CDU 616-082.4:614(812.1)

**ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO  
PRIMÁRIA (ICSAP) NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS NOS ANOS DE 2002 E 2012**

**MARIA GLÁUCIA ALVES ALBUQUERQUE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado aprovado em 1º de setembro de 2014, pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

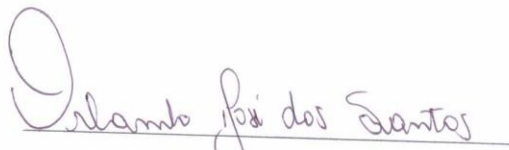
Banca Examinadora:



Profa. Doutora Conceição de Maria Pedrozo e Silva de Azevedo

Presidente

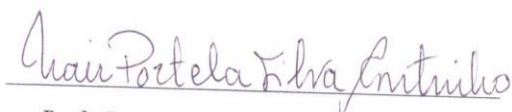
RENASF/Universidade Federal do Maranhão



Prof. Doutor Orlando José dos Santos

Primeiro Examinador

Universidade Federal do Ceará



Profa. Doutora Nair Portela Silva Coutinho

Segundo Examinador

Universidade Federal do Maranhão

“A Sebastião de Aquino, Luís Henrique e Eduardo, fontes inesgotáveis de amor e vida”.

## AGRADECIMENTOS

À DEUS e Nossa Senhora, por me amparar nos momentos mais difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, lucidez mesmo nas horas incertas, colocar sempre em minha vida as pessoas certas e não me deixar perder a Fé.

Ao meu marido e eterno namorado, Sebastião de Aquino, incentivador em todos os momentos da minha vida, obrigada por seu amor e companheirismo.

Aos meus filhos, Luís Henrique e Eduardo, que sem vocês, eu nada seria.

À minha querida orientadora Professora Conceição de Maria Pedrozo e Silva de Azevedo, pela sabedoria, gentileza singular, minha gratidão.

À instituição RENASF/UFMA, através de todos os seus profissionais, em especial Jessica Diniz Costa Nunes, por seu apoio e generosidade.

Aos meus professores por me permitirem a possibilidade de conhecer e aprender um pouco mais.

Aos colegas e amigas do Mestrado, em especial, à Maria da Conceição Costa Vilanova e Meire Maria de Sousa e Silva pela amizade, durante esta jornada.

“Mesmo quando tudo parece desabar  
cabe a mim decidir  
entre rir ou chorar  
ir ou ficar  
desistir ou lutar;  
porque descobri,  
no caminho incerto da vida,  
que o mais importante é o decidir”

Cora Coralina

ALBUQUERQUE, Maria Gláucia Alves, **Análise das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Município de São Luís no período de 2002 e 2012**, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 42 p.

## RESUMO

Internação por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) é um indicador, que se propõe a monitorar e a avaliar através de um grupo de diagnósticos, a qualidade dos serviços oferecidos na atenção primária e das condições de saúde da população refletindo através de seus resultados, o risco de hospitalização consideravelmente diminuídos, quando a atenção primária é adequada. O estudo objetivou analisar as ICSAPs no município de São Luís nos anos de 2002 (início da implantação da Estratégia de Saúde da Família - ESF) e 2012 (com implantação da ESF). As variáveis estudadas foram os coeficientes de internação por condições sensíveis à atenção primária (CSAP), grupos de causas, sexo e faixa etária. Trata-se de estudo de corte transversal, com dados secundários das internações por CSAP, do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorridas no período citado. A metodologia utilizou bancos de dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A análise estatística foi feita, inicialmente pelo TABWIN 3.5 e posteriormente pelo programa Biostat 5.0, com 2 amostras independentes e cálculo de risco relativo, considerando-se diferenças estatisticamente significantes, quando  $p < 0,05$ . Observou-se redução das internações por CSAP, com coeficiente de 8,7 em 2002 para 4,4/1.000 habitantes em 2012. As internações foram mais frequentes em menores de cinco anos e idosos e no sexo masculino, nos dois anos estudados. Houve diminuição do número de internação, em ambos os sexos, com redução mais importante na faixa de 15 a 24 anos, quando se observou queda do coeficiente de 0,6 para 0,2/1000hab, no sexo masculino e de 1,0 para 0,3/1000hab, no sexo feminino. A maioria das patologias por CSAP sofreu redução no número de internação em 2012, com significância estatística, exceto pneumonia bacteriana, que mostrou aumento do número de internação no ano em questão, enquanto doenças cerebrovasculares, angina, epilepsias e infecções de ouvido, nariz e garganta apresentaram estabilidade no coeficiente de internação por 1000 habitantes. Concluímos, que, mesmo com uma cobertura de ESF de 27,53% em 2012, a redução das internações por CSAP mostra impactos significativos neste indicador. E que



mesmo com sua publicação e utilização recente, a lista ICSAP é um instrumento de grande projeção e funciona como instrumento de monitoramento, planejamento e avaliação para as ações de um SUS mais integrativo e universal.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Internação hospitalar. Estudo transversal.

ALBUQUERQUE, Maria Gláucia Alves, **Análise das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Município de São Luís no período de 2002 e 2012**, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 42 p.

## ABSTRACT

Hospitalization for primary care sensitive conditions is an indicator that aims to track and evaluate, through a group of diagnoses, the quality of services offered in primary care and of health conditions of the population. It results in reduction of the risk of hospitalization when primary care is effective. The study's objective is to analyze the hospitalizations for primary care sensitive conditions in São Luís in the years of 2002 (beginning of the implantation of the family healthcare strategy) and 2012 (strategy already implanted). The variables were the coefficients of hospitalization for primary care sensitive conditions, groups divided by causes, gender and age. It is a transversal study, with secondary data from the hospitalizations of the public health care system. The methodology used data bases provided by the health ministry, the SIH/SUS and from IBGE. The statistical analysis was conducted with the TABWIN 3.5 and Biostat 5.0, with two independent samples and calculation of the relative risk. The differences were considered significant when  $p < 0,05$ . It was shown a reduction of the hospitalizations (coefficient decreased from 8,7 in 2002 to 4,4/1000hab in 2012). The hospitalizations were more frequent in children under 5 years old, the elderly and males, in both years studied. There was a decrease in the hospitalization of both genders, with greater reduction between 15 to 24 years (coefficient went from 0,6 to 0,2/1000hab in males and from 1 to 0,3/1000hab in females). There was also a decrease in most of the diseases that caused hospitalization, with statistical significance, except bacterial pneumonia, which underwent an increase in numbers. Brain-vascular conditions, angina, epilepsy and ear, nose e throat infections maintained the same coefficients. It is concluded that even with a small cover of the family health strategy (27,53%) in 2012, the reduction of hospitalization for primary care sensitive conditions shows significant impacts in this indicator. Although the recent publication of the hospitalization list, it is a tool of great value that works as an instrument of tracking, planning and evaluation for the health actions of an integrated and universal public health system.

Keywords: Primary health care. Hospitalization. Sectional study.

## SUMÁRIO

RESUMO .....	viii
ABSTRACT .....	x
LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....	xii
LISTA DE TABELAS .....	xiii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	xiv
1 INTRODUÇÃO .....	13
2 OBJETIVOS .....	16
2.1 Geral .....	16
2.2 Específicos.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO .....	17
3.1 Atenção Primária À Saúde – APS .....	17
3.2 Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária.....	21
4 METODOLOGIA .....	24
5 RESULTADOS.....	26
6 DISCUSSÃO.....	30
7 CONCLUSÕES.....	33
REFERÊNCIAS .....	34
ANEXO A - PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008.....	39

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1	- Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde .....	20
Quadro 1	- Lista de condições sensíveis à atenção primária .....	23
Figura 2	- Distribuição dos distritos sanitários do município de São Luís .....	24

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 -	Número e coeficiente de internações por condições sensíveis e não sensíveis à Atenção Primária (CSAP), no município de São Luís – Maranhão, Brasil, 2002 e 2012 .....	26
Tabela 2 -	Distribuição dos casos de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), do sexo masculino, segundo idade, São Luís/MA, 2002 e 2012 .....	27
Tabela 3 -	Distribuição dos casos de internações por condições sensíveis à atenção primária .....	28
Tabela 4 -	Número e coeficiente das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), São Luís/MA, 2002 e 2012 .....	29

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACSC	Ambulatory Care Sensitive Conditions
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
BD	Base de Dados
CID-10	Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internação por condições sensíveis à atenção primária
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RR	Risco Relativo
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

# 1 INTRODUÇÃO

Indicadores passíveis de mensurar a efetividade da atenção primária denominados de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), representam problemas de saúde que devem ser atendidos por ações do primeiro nível de atenção, e se não tratadas adequadamente, podem evoluir para uma hospitalização. Estas hospitalizações servem de instrumento para o monitoramento e avaliação, efetivando assim a atenção primária do sistema de saúde (NEDEL et al., 2010).

A partir da Conferência de Alma-Ata em 1978, a Atenção Primária (AP) foi assumida como elemento norteador dos sistemas de saúde em muitos países e ratificada no mesmo ano pela Conferência Mundial de Saúde como fundamental para a conquista de saúde para todas as pessoas. A ampliação da AP tem grande impacto, porque gera políticas e ações mais efetivas, eficientes e equânimes na promoção de saúde, prevenção de doenças, assistência e reabilitação (ATUN, 2004).

A AP deve ser produzida de maneira capilar e descentralizada, próxima do usuário. Deve ser preferencialmente, o contato, a porta de entrada (principal) e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Deve se consolidar através dos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. O usuário, assim, deve ser considerado como um ser singular em sua inserção sociocultural, atuando, de forma a produzir à atenção integral (BRASIL, 2011).

STARFIELD (2004), ressalta que, a AP configura um nível do sistema de saúde que deve oferecer atenção ao usuário durante sua vida e de acordo com essa situação, coordenar e/ou integrá-lo em outros pontos da rede. Estudos, como os de NEDEL et al (2008), indicam que, a AP tem capacidade de resposta para 75 a 85% das necessidades em saúde de uma comunidade, objetivando a melhoria dos indicadores de saúde, redução da morbimortalidade e consumo adequado da tecnologia biomédica, para maior eficiência do setor.

Nas ações de promoção e prevenção à saúde, quando realizadas em áreas com demandas delimitadas, como as de atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tornam-se mais visíveis as características da atenção primária, apresentando a facilidade de acesso à população com ações de longitudinalidade no cuidado, integralidade, qualidade da atenção e

coordenação das ações, entre outras características, dentro do sistema de saúde (STARFIELD et al., 2004).

No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, representou contexto favorável a processos de reforma do modelo assistencial, no qual se insere o Programa Saúde da Família (PSF). Inicialmente formulado como um programa vertical, orientado a populações de risco; em um segundo momento, passou a ser considerado pelo governo brasileiro a principal estratégia de reforma do modelo de atenção em saúde. Além de promover maior acesso à atenção primária, a ESF, incorporou entre suas diretrizes, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, maior participação social e intersetorialidade, aliadas à definição de porta de entrada pela APS e à formação com equipe multiprofissional (BRASIL, 2006).

A AP no Brasil, se iniciou em 1991 com o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo ampliada a partir de 1994, com o PSF, atualmente considerado ESF, tendo como objetivo a reorganização dos sistemas locais de saúde para a superação do modelo assistencialista hospitalocêntrico vigente, passando a ser uma proposta estruturante do sistema de saúde brasileiro, concretizando os princípios constitucionais do SUS de universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2006).

Cumprir destacar que os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde são considerados equivalentes na Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde (MS), da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), onde fixa diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e das RAS (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica é caracterizada por ações individuais e coletivas, que tratam de todos os condicionantes para a vida de um indivíduo, respeitando sua autonomia, em um processo de proteção à saúde e prevenção de agravos ao tratamento inclusive com reabilitação (BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. É considerada pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2013).



Em 1998, a cobertura média populacional da ESF foi de 6,55%, passando a 31,87% em 2002 e alcançou 54,84% da população brasileira, correspondendo a cobertura de 192,3 milhões de pessoas em 2012 (BRASIL, 2014).

Dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), administrado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), mostram que houve aumento da cobertura da AP no Estado do Maranhão. A cobertura populacional estimada, passou de 32,41%, em 2002, para 76,03% em 2012, principalmente devido à expansão da Estratégia Saúde da família, crescimento verificado em todos os municípios do estado (BRASIL, 2012).

No Município de São Luís, a implantação da primeira Equipe de Saúde da Família foi em setembro de 1994, na Unidade Mista do Coroadinho (Zona Urbana), no bairro denominado de Vila Sebastião, por indicação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Em 1996, foram implantadas mais nove equipes na zona rural, alcançando 5% de cobertura populacional (NOBRE, 1999).

Em 2002, o município, contava com 47 equipes (18,24%), tendo aumentando em 2012 para 82 equipes (27,53%), apresentando cobertura populacional estimada de 282.9 mil pessoas (BRASIL, 2014).

Sabe-se que o perfil de utilização de serviços de saúde por uma população segue as percepções de suas necessidades e depende de como a oferta se organiza em diferentes áreas (CASTRO et al., 2005), assim, espera-se que com o aumento da oferta de ESF, haja uma redução de internações por ICSAP.

O indicador internações por ICSAP tem como proposta avaliar aspectos da APS e o presente trabalho pretende conhecer as ICSAP no município de São Luís nos anos de 2002 e 2012.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) no Município de São Luís nos anos de 2002 e 2012, considerando a Lista Brasileira de CSAP.

### **2.2 Específicos**

Identificar as internações por CSAP no município de São Luís nos anos de 2002 e 2012;  
Identificar características quanto ao sexo e faixa etária das internações por CSAP nos anos de 2002 e 2012 em São Luís-MA;

Identificar o risco de Internar por CSAP, comparando os anos de 2002 e 2012;

Determinar os coeficientes de internação por CSAP nos anos de 2002 e 2012 da população em estudo.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Atenção Primária À Saúde – APS

A expressão “Atenção Primária à Saúde”, foi inserida, no panorama mundial, por WHITE et al em 1961, desde então, várias definições foram categorizadas e analisadas a partir de sua dimensão. A interpretação de LALONDE (1974), é a atenção voltada à promoção da saúde e à prevenção das doenças; segundo a (WORLD HEALTH ORGANIZATION,1978), é o conjunto de serviços essenciais, acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade a um custo que o país e a comunidade possam pagar: atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu exercício de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela é parte do sistema de atenção à saúde do qual representa sua função central e principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de atenção à saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

O (INSTITUTE OF MEDICINE, 1978), argumenta que os serviços da AP, devem ser realizados por clínicos gerais ou médico da família, o cuidado deve ser provido através de uma carteira de serviços que atenda ao manejo das doenças mais comuns; que funcione como porta de entrada do sistema, sendo o primeiro nível de atenção à saúde do usuário (acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e transparência); ressaltando em 1984, que a AP deve ser uma estratégia de organização do sistema de saúde como um todo e que deve ser orientada com ações de atenção primária à saúde voltadas para a comunidade; deve orientar os recursos para as necessidades de saúde da população. Apresenta três novas dimensões: o paciente e sua família, a comunidade e o sistema integrado de saúde. UNGLER E KILLINSWORTH (1986), definiu a AP, como a atenção a pessoas pobres de regiões pobres por meio de tecnologias de baixa densidade, denominada de atenção primária seletiva; O (BANCO MUNDIAL,1993), a entende como a oferta de uma cesta básica de serviços de

saúde; STARFIELD (1992), ressalta que a AP, tem como atributos essenciais o contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação.

O primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer as necessidades de prevenção, cura e reabilitação; só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada; É a APS que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

STARFIELD (2002) ressalta que, o acesso ao cuidado de um problema ou a um novo episódio de um problema, devem ser garantidos no primeiro contato. A longitudinalidade requer a existência de contribuição constante de cuidados pela equipe de saúde e seu uso permanente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, usuário e família. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante.

A redemocratização do Brasil, em 1980, conduziu o MS a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), seguidas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), e somente em 1988, com a nova Constituição, o SUS. Nesse período, várias iniciativas foram realizadas por estados e municípios em relação à APS, sem, no entanto, se configurar num modelo brasileiro. Somente com a municipalização do SUS no início da década de 1990, através de normatizações e financiamento do Ministério da Saúde, a uniformização da APS sob a responsabilidade dos municípios brasileiros, se iniciou (LAVRAS, 2011).

A definição e incorporação da APS pelo Ministério da Saúde, através da PNAB, segue os mesmos princípios propostos por (STARFIELD 2002), como sendo:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte uma situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a

responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012, p.19).

O Ministério da Saúde implantou em 1991 o PACS e a partir de 1993 o PSF sendo anunciado como estratégia de mudanças no modelo assistencial através da reorganização da prática assistencial centrada na família em substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente voltado para a doença e no atendimento hospitalar (BRASIL, 2006).

A ESF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica, hoje, atenção primária à saúde, estando ainda vinculada à rede de serviços de forma a garantir atenção integral aos indivíduos e famílias. Trabalha, dessa forma, com uma equipe multiprofissional, composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e o número de ACS, deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, não ultrapassando 12 ACS, com o máximo de 750 pessoas para cada ACS num território de abrangência definido e que é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área (BRASIL, 2012).

O espaço territorial passa a ser o *locus* operacional da ESF, que delimita a área de responsabilidade de determinada equipe. Cada equipe cadastra uma população de no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes. As Unidades Básicas de Saúde (UBS), serão o local de trabalho da equipe e serão e/ou deverão ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/DAB/MS. Todos os integrantes da equipe devem cumprir uma jornada de trabalho de 40 horas semanais (BRASIL, 2012).

A forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, se faz através da rede de serviços de saúde ou de atenção à saúde. Esse serviço em rede é realizado em diversos sistemas públicos de saúde, em territórios delimitados, permitindo assim, o reconhecimento e a articulação dos recursos existentes, de forma a ampliar o acesso aos cidadãos no fornecimento adequado de suas demandas de saúde (SANTOS, 2008; KUSCHNIR e CHORNY, 2010; RODRIGUES e SANTOS, 2011; MENDES, 2011).

A figura 1 permite visualizar a mudança que representa o sistema hierárquico através da atenção primária, média e alta complexidade, para a rede de atenção à saúde poliárquica, organizada poliárquica e horizontal, feita por sistemas logísticos eficazes de serviços, focada nas condições agudas e crônicas, por meio de uma rede integrada, de pontos de atenção à saúde, e que tem como objetivos a melhoria da saúde da população que acolhe, além da obtenção de resultados clínicos e economicamente viáveis (MENDES, 2009).

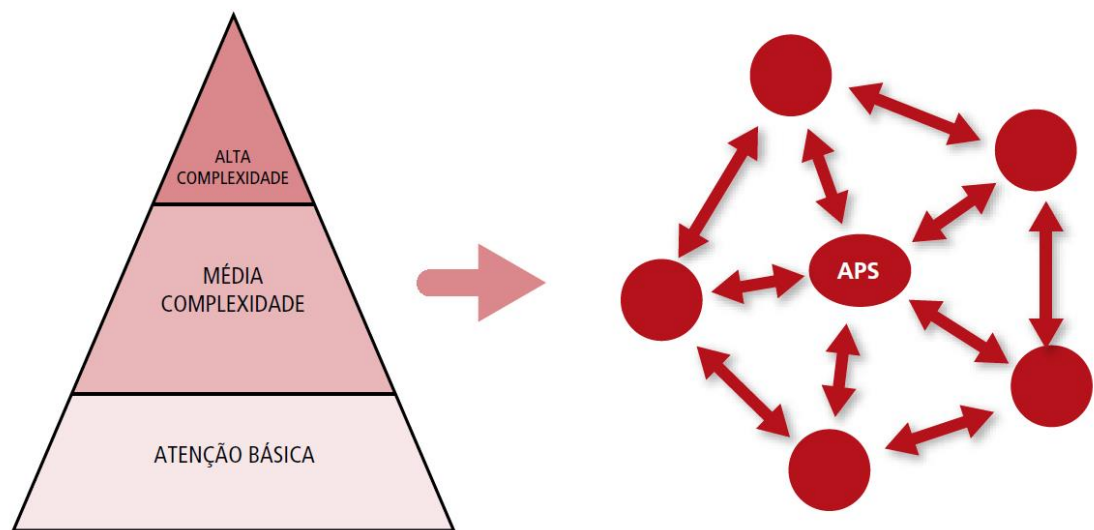


Figura 1 – Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde  
Fonte: MENDES (2011)

Melhorar a qualidade da atenção e de vida dos usuários, dos resultados do sistema e a eficiência na utilização, são os objetivos de uma Rede de Atenção à Saúde (ROSEN e HAM, 2008 apud MENDES, 2011).

A rede de saúde do município de São Luís, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/dezembro de 2013, possui uma Central de Regulação Médica das Urgências, uma Central de Regulação, seis Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, um Centro de Parto Normal, cinquenta e nove Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, uma Central de Regulação de Serviços de Saúde, cento e dez Clínicas Especializadas/Ambulatórios Especializados, trezentos e sessenta e seis Consultórios, dez Cooperativas, uma Farmácia, vinte e dois Hospitais Especializados, vinte Hospitais Geral, quatro Hospitais Dia, cinquenta e sete Policlínicas, seis Postos de Saúde, 4 Unidades de Pronto Atendimento, quatro Pronto Socorro Especializado, quatro Pronto Socorro Geral, duas

Secretarias de Saúde, uma Unidade de Atenção à Saúde Indígena, cento e trinta e uma Unidades de Serviços de Apoio de Diagnóstico e Terapia, uma Unidade de Vigilância em Saúde, quatro Unidades Mistas, quatorze Unidades Móvel de Nível Pré-Hospitalar-Urgência/Emergência, cinco Unidades Móvel Terrestre, uma Telesaúde, totalizando uma rede de saúde com 834 unidades (BRASIL, 2014).

No entanto, grande parte das redes de saúde, não foi construída com referência às necessidades de saúde da população. Foram pensadas no atendimento das condições agudas, tendo a urgência e a emergência uma porta de entrada importante, e até mesmo principal (KUSHNIR e CHORNY, 2010).

A capacidade dos serviços de saúde na prevenção de agravos à saúde e até mesmo óbitos, ou seja, a “evitabilidade” é debatida na saúde pública há décadas. O indicador CSAP, pode ser um caminho.

### **3.2 Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária**

TORRES (2011) estabelece que as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, se efetivam, quando os serviços da AP, não são efetivos e acessíveis ou falham no desempenho de atividades próprias; não são de boa qualidade, e o número excessivo de usuários é encaminhado para os níveis de média e alta complexidade, tanto ambulatoriais quanto hospitalares.

Altas taxas de ICSAP em população, ou subgrupos da mesma, podem indicar problemas de acesso ou desempenho do sistema de saúde. O excesso de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência. Vários estudos demonstram que altas taxas de ICSAP estão associadas à deficiência na cobertura dos serviços e baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde (ALFRADIQUE et al., 2009).

Para aferir a qualidade dos cuidados realizados na APS, surgiu no contexto internacional, o indicador denominado *Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)*, que identifica as internações hospitalares evitáveis e colabora com a avaliação desses serviços. O indicador surgiu nos EUA no início da década de 90 para medir indiretamente a efetividade da AP. Posteriormente foi adaptado em diversos países e também validado no Brasil, como

Condições Sensíveis à Atenção Primária (AGENCY FOR HEALTH CARE RESEARCH AND QUALITY, 2011).

Estudos em diferentes países justificam que uma AP é de qualidade, quando oferece e é oportunamente acessada, reduzindo ou evitando a frequência de hospitalizações por algumas condições de saúde e corroboram a esta lógica quando a mesma está associada a deficiências, como elevadas taxas de internações por CSAP. Conseqüentemente, taxas elevadas de internações hospitalares por CSAP podem indicar menor acesso e uso dos serviços ou AP de baixa qualidade (BOING, 2012).

Autores argumentam que a utilização do indicador CSAP pode diminuir o risco de hospitalização, quando o atendimento ambulatorial oportuno é de qualidade a determinados problemas de saúde (CAMINAL, 2007; LADITKA et al., 2009).

A Lista foi publicada, pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), após pesquisas nacionais e internacionais, reuniões com pesquisadores, gestores, especialistas e consulta pública (ANEXO A), e está de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), dividida por grupos de causas de internações e diagnósticos, e deve ser utilizada como instrumento de avaliação da AP e/ou da atenção hospitalar, na forma de anexo da Portaria de nº 221, de 17 de abril de 2008 (TORRES et al., 2011). Podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal (BRASIL, 2008). ALFRADIQUE et al., (2009), destaca que a utilização da lista (quadro 1), pode ser usada para comparar o desempenho de diferentes serviços de saúde, avaliar os efeitos de políticas de saúde e como parte da avaliação da resolutividade, qualidade e acessibilidade da atenção primária à saúde, como também fazer parte de investigações sobre iniquidades de acesso entre as regiões, comunidades e grupos populacionais.

A utilização desse indicador permite ainda, gerar informações sobre a utilização de recursos e custos potencialmente evitáveis e usados de forma inadequada, já que, hospitalizações sensíveis à atenção primária são caras, representando substancialmente ocupação dos serviços de emergência e das unidades de cuidados intensivos, dentre outros (LADITKA et al., 2009).



<b>Grupo</b>	<b>Diagnóstico</b>
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações
3	Anemia
4	Deficiências Nutricionais
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta.
6	Pneumonias bacterianas
7	Asma
8	Doenças pulmonares
9	Hipertensão
10	Angina
11	Insuficiência Cardíaca
12	Doenças Cerebrovasculares
13	Diabetes Melitus
14	Epilepsias
15	Infecção no Rim e Trato Urinário
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos
18	Úlcera gastrointestinal
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto

Quadro 1 - Lista de condições sensíveis à atenção primária

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal descritivo das taxas de internações hospitalares por CSAP, registradas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), nos anos de 2002 (18,24% de cobertura da ESF) e 2012 (27,53% de cobertura da ESF), no município de São Luís, estado do Maranhão.

O município de São Luís, localizado no estado do Maranhão/Brasil, tem 1.039.610 habitantes, sendo 96% na área urbana e 4% na área rural. A população encontra-se distribuída no centro urbano composto por 122 bairros, denominados de zona urbana e 122 povoados que recebem a denominação de zona rural (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007 apud NICOLAU, 2008).

O município está organizado em sete distritos sanitários (Figura 2), seis na zona urbana (Centro, Bequimão, Cohab, Coroadinho, Itaqui-Bacanga e Tirirical) e um na Zona rural (Vila Esperança).



Figura 2 - Distribuição dos distritos sanitários do município de São Luís  
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Luís (2012)

Para os dados sobre a população, se utilizou dados de estimativa da população residente fornecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) disponibilizada pelo DATASUS. Para a definição das Condições Sensíveis à Atenção Primária, utilizou-se a Lista CSAP (Anexo A). As Internações hospitalares, foram analisadas a partir das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) e compiladas no SIH/SUS, selecionando-se o município de residência e os anos de ocorrência. Foi utilizado o programa TABWIN e empregadas as bases de dados (BD) do SIH do SUS, SIH\_ICSAP.DEF, RD2008.DEF e RD.DEF, e esses arquivos reduzidos em formato DEF (arquivo de definição).

Dados referentes a sexo foram assumidos sem modificações. As idades foram categorizadas em faixas etárias (< 1, 1 a 4, 5 a 14, 15 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 e 65 e mais anos).

Foi calculado o coeficiente de internações por CSAP tendo-se o indicador representado pela relação entre o número de internações de acordo com as variáveis de interesse (sexo, faixa etária e condições sensíveis) e a população correspondente a cada categoria das variáveis citadas por 1000 habitantes.

A análise estatística foi feita pelo programa Biostat 5.0, com 2 amostras independentes e cálculo de risco relativo, considerando-se diferenças significantes, quando  $p < 0,05$ .

Os aspectos éticos foram atendidos.

## 5 RESULTADOS

Ao se analisar as internações ocorridas em 2002 e 2012, observa-se que a maior parte das internações ocorreram por CSAP, com 86,38% e 89,07% respectivamente.

Chama a atenção que nas internações por CSAP apresentou o maior coeficiente de internação no ano de 2002, com o risco relativo de 1,98, mostrando significância estatística com  $p < 0,001$  (Tabela 1).

Tabela 1 - Número e coeficiente de internações por condições sensíveis e não sensíveis à Atenção Primária (CSAP), no município de São Luís – Maranhão, Brasil, 2002 e 2012.

Condições	2002		2012		RR***	p
	N*	Coef. **	N*	Coef. **		
Sensíveis à Atenção Primária	7903	8,7	4.613	4,4	1,98	<0.001
Não Sensíveis à Atenção Primária	50124	55,1	37597	36,0	1,54	<0.001
Total	58027	64,0	42210	40,2	1,59	<0.001

\*Número de internações; \*\*Coeficiente de internação por condições sensíveis e não sensíveis por 1.000 habitantes; \*\*\*Risco Relativo (RR) calculado dividindo o coeficiente de internações de 2002 pelo de 2012; p-significante  $\leq 0,001$ .

Na análise das ICSAP no sexo masculino, observou-se redução nas taxas de internação no ano de 2012 em quase todas as faixas etárias com  $p < 0,001$ . Encontrando-se maior registro em 2002 em indivíduos na faixa de 15 a 24 anos, com RR de 3,9, seguindo-se às faixas de 25 a 34 anos, de 1 a 4, de 5 a 14 e de 35 a 44 anos, com 2,9; 2,5; 1,9 e 1,9 de RR respectivamente. Entretanto, observou-se que na faixa de 55 a 64 anos, os coeficientes de internação permaneceram estáveis nos anos estudados, com  $p \leq 0,03$  e RR de 1,1 (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos casos de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), do sexo masculino, segundo idade, São Luís/MA, 2002 e 2012.

Faixa Etária	2002		2012		RR*	P
	Masc.	Coef. *	Masc.	Coef. *		
< 1a	329	0,8	206	0,4	1,8	<0,001
1 a 4 a	530	1,2	246	0,5	2,5	<0,001
5 a 14 a	270	0,6	161	0,3	1,9	<0,001
15 a 24a	259	0,6	77	0,2	3,9	<0,001
25 a 34a	280	0,7	113	0,2	2,9	<0,001
35 a 44a	288	0,7	171	0,3	1,9	<0,001
45 a 54a	398	1,0	276	0,6	1,7	<0,001
55 a 64a	380	0,9	380	0,8	1,1	0,03
65a +	982	2,3	711	1,5	1,6	<0,001
Total	3.716	8,8	2.341	4,8	1,8	<0,001

\*Coeficiente/1.000 mil habitantes - Coeficiente de internação por 1.000 mil habitantes; \*\* RR calculado dividindo o coeficiente de internações de 2002 pelo de 2012.

A Tabela 3, mostra as internações do sexo feminino por CSAP, onde se percebe redução nas taxas de internação no ano de 2012 em todas as faixas etárias com  $p < 0,001$ . Encontrando-se maior registro em 2002 nos indivíduos na faixa de 15 a 24 anos, com o risco relativo de 2,9 seguindo-se às faixas de 1 a 4, de 35 a 44, de 25 a 34 e 45 a 54 anos com 2,6; 2,4; 2,2 e 2,2 de RR respectivamente. Porém, observamos que, na faixa de idade de 55 a 64 anos os coeficientes de internação permaneceram estáveis nos anos do estudo, com  $p > 0,05$  e RR de 0,8.

Tabela 3 - Distribuição dos casos de internações por condições sensíveis à atenção primária(ICSAP), do sexo feminino, segundo idade, São Luís/MA, 2002 e 2012.

Faixa Etária	2002		2012		RR*	P
	Fem.	Coef. *	Fem.	Coef. *		
< 1a	293	0,6	173	0,3	1,9	<0,001
1 a 4 a	562	1,2	251	0,4	2,6	<0,001
5 a 14 a	243	0,5	143	0,3	2,0	<0,001
15 a 24a	443	1,0	174	0,3	2,9	<0,001
25 a 34a	412	0,6	214	0,4	2,2	<0,001
35 a 44a	378	0,8	180	0,3	2,4	<0,001
45 a 54a	421	0,9	218	0,4	2,2	<0,001
55 a 64a	256	0,6	256	0,5	0,9	0,06
65a +	914	1,9	663	1,2	1,6	<0,001
Total	3922	8,1	2272	4,1	2,0	<0,001

\*Coeficiente/1.000 mil habitantes - Coeficiente de internação por 1.000 mil habitantes; \*\*RR calculado dividindo o coeficiente de internações de 2002 pelo de 2012.

Quando comparamos internações de homens e mulheres dos anos estudados, observamos maior número no sexo masculino, nos anos analisados, com significância estatística ( $p < 0,05$ ).

Ao analisarmos as causas de internações por CSAP, observa-se redução das mesmas em 2012, chamando atenção principalmente para os casos de úlcera gastrointestinal, que apresentou coeficiente de internação em 2002 de 0,35 /1.000 hab. e 0,04/1.000 hab. em 2012 (RR=8,5), anemia, com coeficiente de internação de 0,19 e 0,02 por 1000 habitantes, respectivamente (RR=8,4), asma, com coeficiente de 0,49 em 2002 e 0,08 em 2012 (RR= 6,1), deficiências nutricionais, com coeficiente de 0,39 em 2002 e 0,07 em 2012 (RR = 5,5) e hipertensão arterial, com coeficiente de 0,25 em 2002 e 0,08 em 2012 (RR = 3,3).

No entanto detectamos que algumas patologias não apresentaram, diferenças no perfil de internação entre os dois anos estudados, como aconteceu com as doenças cerebrovasculares, angina, epilepsias e as infecções de ouvido, nariz e garganta. Sendo que, uma patologia, as Pneumonias Bacterianas, merece destaque, por ser a única que apresentou aumento em 2012, com diferença estatística ( $p < 0,001$ ) (Tabela 4).

Tabela 4 - Número e coeficiente das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), São Luís/MA, 2002 e 2012.

Grupo de causas	2002		2012		RR**	P
	N*	Coef.	N*	Coef.		
1. Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensíveis	215	0,24	94	0,09	2,6	<0,001
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	1561	1,72	819	0,78	2,2	<0,001
3. Anemia	153	0,19	21	0,02	8,4	<0,001
4. Deficiências nutricionais	353	0,39	74	0,07	5,5	<0,001
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	9	0,01	18	0,02	0,6	0,08
6. Pneumonias bacterianas	63	0,07	137	0,13	0,5	<0,001
7. Asma	442	0,49	84	0,08	6,1	<0,001
8. Doenças pulmonares	292	0,32	189	0,18	1,9	<0,001
9. Hipertensão	226	0,25	79	0,08	3,3	<0,001
10. Angina	333	0,37	403	0,38	1,0	0,24
11. Insuficiência cardíaca	747	0,82	401	0,38	2,2	<0,001
12. Doenças cerebrovasculares	857	0,94	886	0,84	1,1	0,24
13. Diabetes melitus	562	0,62	469	0,45	1,4	<0,001
14. Epilepsias	113	0,12	151	0,14	0,9	0,12
15. Infecção no rim e trato urinário	504	0,55	277	0,26	2,1	<0,001
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	515	0,57	204	0,19	2,9	<0,001
17. Doença Inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	499	0,55	201	0,19	2,9	<0,001
18. Úlcera gastrointestinal	323	0,35	44	0,04	8,5	<0,001
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	136	0,15	62	0,06	2,5	<0,001
<b>Total</b>	<b>7903</b>	<b>5,4</b>	<b>4613</b>	<b>4,4</b>	<b>1,9</b>	<b>&lt;0,001</b>

\*Coeficiente/1.000 mil habitantes - Coeficiente de internação por 1.000 mil habitantes; \*\* RR calculado dividindo o coeficiente de internações de 2002 pelo de 2012.

## 6 DISCUSSÃO

Espera-se que a ESF provoque impacto nas ICSAP, caso haja qualidade nos serviços prestados ao usuário. Nos dados analisados neste estudo, pode-se observar redução na frequência de ICSAP em 2012 quando comparada a 2002. Estes resultados demonstram que há consonância entre o aumento da cobertura de ESF e a queda nas taxas de ICSAP, no município de São Luís, pois a queda das internações em 2012, coincide com o aumento da cobertura da ESF de 18,24% em 2002 para 27,53%, em 2012.

Embora a proporção da população coberta pela ESF em 2012, não tenha ultrapassado 47 equipes (27,53%), enquanto a cobertura média dos outros 217 municípios do Estado do Maranhão é de 76,03%, observa-se uma queda significativa de internações quando comparados os dois anos, mostrando impacto positivo como demonstrado na literatura. Pesquisas afirmam que melhorias no acesso e na qualidade dos cuidados prestados na atenção primária reduzem essas internações (BINDMAN et al., 2005; ANSARI et al., 2006). No âmbito nacional há relatos da diminuição das ICSAP associadas ao crescimento de cobertura da ESF (REHEM e EGRY, 2011; MENDONÇA et al., 2012).

REHEM et al (2012) relatam o crescimento das internações no início da implantação da ESF em um hospital da cidade de Ademar em São Paulo e que isso estaria relacionada a melhoria do acesso, mas, que passado o momento inicial se esperava que ocorresse uma redução dessas internações.

Ressaltamos que, muitas ICSAP não foram identificadas, pois uma parte da população foi internada em hospitais privados ou em unidades de pronto atendimento (UPAs), O que pode configurar, nesse contexto, um evento silencioso, uma vez que não existe emissão de guia de internação que permita o registro dessas ocorrências nas estatísticas oficiais. Hospitalizações que ficaram fora do escopo deste trabalho.

Chamamos a atenção, que o número de internações pode sofrer influência da oferta de serviços hospitalares mais acessíveis, pois estudos fortalecem a ideia de que, o maior acesso aos serviços de urgência e emergência hospitalares, com unidades de saúde funcionando 24 horas, bem como o excesso do número de consultas, colabora para o aumento das hospitalizações sensíveis, pois a atenção secundária e terciária passa a ser a porta de entrada do sistema de saúde, já que residir na região metropolitana, local onde se concentra o maior agrupamento de aglomerados urbanos, e em geral, estão localizados esses serviços, havendo



uma facilidade no acesso aos mesmos, já que há um aumento na oferta de serviços (MÁRQUEZ-CALDERÓN et al., 2003; BATISTA et al., 2012).

Pesquisadores reforçam a ideia de que, mesmo quando a população compreende como os serviços de saúde são organizados no sistema, o hospital e pronto-socorro sempre serão a primeira escolha, constituindo assim, o primeiro nível de acesso de todo usuário (OLIVEIRA et al., 2008; KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

Na análise de internação por sexo, observa-se que, diferente das pesquisas de outros autores, o sexo masculino apresentou maior número de internação quando comparado ao sexo feminino, com diferença estatística nos anos estudados. Notamos uma diminuição acentuada das internações no sexo feminino no ano de 2012, condição essa, que pode ser explicada pelo fato das mulheres serem usuárias mais assíduas dos serviços de saúde, especialmente de serviços que oferecem medidas preventivas. O que aconteceu com o aumento da oferta pelo serviço da atenção primária, diminuindo assim a necessidade de internação (NEDEL et al., 2010; FERREIRA et al., 2014).

FERNANDES et al (2009), em estudo realizado nos hospitais de Montes Claros-MG, encontrou resultados que indicavam uma maior frequência das internações ocorridas no sexo masculino por CSAP, com 51,8%, na pesquisa, o resultado foi semelhante aos nossos achados.

A maior prevalência de ICSAP ocorrida em crianças menores de 4 anos, também está de acordo com a literatura, que descreve uma relação inversa entre o coeficiente de ICSAP e idade, ou seja, quanto menor a idade, maior o número de internações. A Situação inversa é encontrada nos adultos, com aumento da ocorrência desses eventos nos idosos (PAZO et al., 2012).

Com o aumento da expectativa de vida, há várias justificativas para o aumento das internações nos idosos, entre elas, a transição demográfica e epidemiológica, onde emergem também as doenças, em especial, as crônicas degenerativas. Além disso, outras dificuldades inerentes ao próprio idoso podem ser fatores agravantes para sua saúde, como: ausência de cuidador, alimentação inadequada, entendimento das orientações, acesso ao serviço de saúde, transporte (locomoção), podendo levá-lo a uma internação (REHEM et al., 2013).

Vários fatores têm sido identificados como causadores das taxas de ICSAP nessa faixa etária, com o envelhecimento, ocorre aumento da fragilidade nesses idosos, além do importante crescimento das cidades de médio porte, muitas vezes em discordância com o planejamento em saúde com o cuidado primário. Diante dessa realidade, o acesso aos serviços

de saúde e a continuidade do cuidado a atenção primária à saúde tem-se mostrado efetivo, reduzindo significativamente as taxas de ICSAP, mostrando que mesmo com o maior acometimento de ICSAP nessa faixa etária os resultados foram favoráveis em 2012, com redução do número de internações (BASU et al., 2002).

Isso também foi mostrado em Londrina-PR, em 2006 e em Canoas-RS em 2007, em que houve maior prevalência de internações em indivíduos com mais 65 anos, mas que o risco de ICSAP diminuiu após a implantação da ESF em ambos os sexos (MARTIN et al., 2006; GARBINATO et al., 2007; MURARO et al., 2013).

Ao analisarmos as ICSAP em 2012, observamos a queda no perfil de morbidade em 2012 em relação a 2002, principalmente para úlcera gastrointestinal, anemia, asma, deficiências nutricionais e hipertensão arterial, patologias essas, que, tem diminuído devido a implantação de programas específicos no qual os municípios, recebem incentivos financeiros para desenvolverem programas de controle na ESF, capacitação dos profissionais de atuar no monitoramento e disponibilidade de medicamentos gratuitos de baixo custo para os pacientes entre outras medidas, conforme apontam as pesquisas (CARDOSO et al., 2013).

Pesquisas constataram que a pneumonia bacteriana foi responsável pelo aumento expressivo das taxas de internação em todas as regiões do país. Comparando o período pesquisado (1999 a 2006), sendo mais expressivo nas regiões, Norte (246,6%), Sudeste (193,3%) e Nordeste (166,9%), seguindo-se menor nas regiões Sul (54,5%) e Centro-Oeste (48,0%) (MOURA et al., 2010). Diferente das outras patologias a pneumonia bacteriana não mostrou diminuição de sua prevalência em 2012, com o aumento de número de casos de internação com esse diagnóstico. As internações encontradas foram maiores em crianças menores de 4 anos e adultos acima de 65 anos, corroborando com os resultados de PERPÉTUO E WONG, (2006).

O aumento da internação por pneumonia em 2012 pode ser justificado por dois motivos: a expansão a ESF e/ou o manuseio adequado do paciente pelo profissional, encaminhando-o à internação em tempo hábil (MOURA et al., 2010).

É importante ressaltar, que por se tratar de estudo transversal e ser baseado em dados secundários, o SIH/SUS, registra apenas as internações realizadas, no âmbito do SUS, podendo ocorrer sub-registro nos bancos de dados, problemas de classificação com os códigos de internação e eventual contagem dupla ou tripla de um mesmo paciente, pois o sistema não permite identificar reinternações.

## 7 CONCLUSÕES

Essa pesquisa permitiu conhecer o perfil das internações por CSAP nos anos de 2002 e 2012, no município de São Luís. Possibilitando assim uma reflexão geral sobre o uso do indicador ICSAP e a relação das taxas de ICSAP com a APS, onde destacamos que houve uma redução significativa das internações por CSAP em 2012 em relação a 2002, com um Risco Relativo de 1,9 vezes menor de uma pessoa internar por condições sensíveis à atenção primária. Identificamos que houve maior ocorrência de internação, em menores de 5 e maiores de 65 anos e do sexo masculino.

Do mesmo modo, reiteramos, que indicadores como o ICSAP, é uma ferramenta de monitoramento e de processo avaliativo. E, portanto, quando usado conjuntamente com outros dados que indiquem a qualidade da rede de serviços de saúde, será um aliado, não só para o planejamento adequado, mas para um SUS que tanto almejamos, com ações integrais, regionais e universais.

## REFERÊNCIAS

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. U.S. Department of Health and Human Services. **Quality indicator user guide: Prevention Quality Indicators (PQI) Composite Measures Version 4.3**. Rockville, 2011. Disponível em: <<http://www.qualityindicators.ahrq.gov>>. Acesso em: 10 jan. 2014.
- ALFRADIQUE, M. E. et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP — Brasil)**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.
- ANSARI, Z.; LADITKA J. N.; LADITKA, B. S. **Access to Health Care and Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions**. *Medical Care Research and Review*, California, v. 63, n. 6, p. 719-741, dez. 2006.
- ATUN, R. **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Health Evidence Network report, 2004. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2013.
- BANCO MUNDIAL. **Invertir en salud: informe sobre el desarrollo mundial**. Washington, DC, 1993.
- BASU, J.; FRIEDMAN, B.; BURSTIN, H. **Primary care, HMO enrollment, and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions: a new approach**. *Medical Care, Philadelphia*, v. 40, n. 12, p. 1260-1269, 2002.
- BATISTA, S. R. R. et al. **Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 34-42, fev. 2012.
- BINDMAN, A. B. et al. **The Impact of Medicaid Managed Care on Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions**. *Health Services Research*, Chicago, v. 40, n. 1, p. 19-39, Feb. 2005.
- BOING, A. F. et al. **Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, abr. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família (consulta personalizada)**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 20 fev. 2014.

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).** Disponível em:

<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária.** Diário Oficial da União, Brasília, 18 abr. 2008. Seção 1, p. 70.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual técnico operacional do sistema de informações hospitalares: orientações técnicas:** Versão 01.2013.94. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <[ftp://ftp2.datasus.gov.br/public/sistemas/dsweb/SIHD/Manuais/MANUAL\\_SIH\\_setembro\\_2013\\_29\\_08\\_13.pdf](ftp://ftp2.datasus.gov.br/public/sistemas/dsweb/SIHD/Manuais/MANUAL_SIH_setembro_2013_29_08_13.pdf)>. Acesso em: 1 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2012. (Legislação em Saúde, E).

CAMINAL J. **Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions y los resultados de la atención primaria.** Atención Primaria, Madrid, v. 39, n. 10, p. 525-34, 2007.

CARDOSO, C. S. et al. **Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde.** Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v. 34, n. 4, p. 227-234, 2013.

CASTRO, M.S.M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M.S. **Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil.** Revista Saúde Pública, Ribeirão Preto, v. 39, n. 2, p. 277-284, 2005.

FERNANDES, V. B. L. et al. **Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-936, dez. 2009.

FERREIRA, J. B. B. et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, DF, v. 23, n. 1, p. 45-56, mar. 2014.

GARBINATO, L. R. et al. **Prevalência de internação hospitalar e fatores associados: um estudo de base populacional em um centro urbano no Sul do Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 217-224, 2007.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Community Oriented Primary Care: a practical assessment.** Washington. National Academy Press, 1984. v. 1.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Primary care in medicine: a definition.** In: INSTITUTE OF MEDICINE. A Manpower policy for primary health care: report of a study. Washington: National Academy Press, 1978.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. **Redes de Atenção à Saúde: contextualizando o debate.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, ago. 2010.

LADITKA, J. N.; LADITKA, B. S.; PROBST, J. C. **Health care access in rural areas: Evidence that hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions in the United States may increase with the level of rurality.** Health & Place, v. 15, n. 3, p. 761-770, 2009.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians.** Ottawa. Ministry of National Health and Welfare, 1974.

LAVRAS, C. **Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, dez. 2011.

MÁRQUEZ-CALDERÓN, S. et al. **Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios.** Gaceta Sanitaria, Madrid, v. 17, n. 5, p. 360-367, 2003.

MARTIN, G. B. et al. **Assistência hospitalar à população idosa em cidade do sul do Brasil.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, DF, v. 15, n. 1, p. 59-65, 2006.

MENDES, E. V. **Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde.** In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos estados: cadernos de apresentação. Brasília, DF: CONASS, 2009. p. 49-76.

MENDES, E. V. **As redes de Atenção à Saúde.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, C. S. et al. **Trends in Hospitalizations for Primary Care Sensitive Conditions Following the Implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil.** Health Policy and Planning, Reino Unido, v. 27, n. 4, p. 348-355, July 2012.

MOURA, B. A. et al. **Principais causas de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 10, p. S83-S91, nov. 2010. Suplemento 1.

MURARO, C. F. et al. **Estratégia Saúde da Família e as Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária nos Idosos.** Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v. 37, n. 1, p. 20-33, 2013.

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, Serviço e Saúde, Brasília, DF, v. 19, n. 1, p. 61-75, 2010.

NICOLAU, L. S. **A Estratégia Saúde da Família no município de São Luís: avanços e desafios/Brasília.** 2008. 134 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) –Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008.

NOBRE, R. N. L. L. **Saúde da Família: uma utopia realizável.** 1999. 79 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 1999.

OLIVEIRA, A.; SIMÕES, R.; ANDRADE, M. **A Relação entre a Atenção Primária a Saúde e as Internações por Condições Sensíveis a Atenção Ambulatorial nos Municípios Mineiros.** In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 16. 2008, Caxambu. **Anais...** Caxambu: ABEP, 2008. Disponível em: <<http://www.anpec.org.br/encontro2007/artigos/A07A048.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

PAZO, R. G. et al. **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, DF, v. 21, n. 2, p. 275-282, jun. 2012.

PERPÉTUO, I. H. O.; WONG, L. R. **Atenção Hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) e as Mudanças no seu Padrão Etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais.** In: Seminário Sobre Economia Mineira, 12, 2006, Diamantina. **Anais...** Diamantina, 2006.

REHEM, T. C. M. S. B. et al. **Registro das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária: Validação do Sistema de Informação Hospitalar.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1-6, set./out. 2013.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1145-1154, 2011. Suplemento 1.

REHEM, T. C. M. S. B.; CIOSEK, S. I.; EGRY, E. Y. **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Hospital Geral de uma Microrregião de Saúde do Município de São Paulo, Brasil.** Texto & Contexto-Enfermagem, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 535-542, jul./set. 2012.

RODRIGUES, P. H. de A.; SANTOS, I. S. **A saúde e Cidadania: Uma Visão Histórica e Comparada do SUS.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

SANTOS, L. **O que são Redes?** In: SILVA, F. S. (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde.** Campinas: IDISA/CONASEMS, 2008. p. 29-65.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e Cultura/Ministério da Saúde, 2004.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation, and policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

TORRES, R. L. et al. **O panorama das interações por condições sensíveis à atenção primária em um distrito de São Paulo**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 45, p. 1661-1666, dez. 2011. Número Especial.

UNGER, J. P.; KILLINSWORTH, J. **Selective primary health care: a critical view of methods and results**. Social Science & Medicine, New York, v. 22, n. 10, p. 1001-1013, 1986.

WHITE, K. L., WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. **The ecology of medical care**. New England Journal of Medicine, v. 265, p. 885-893, 1961.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care**. Alma-Ata, 6-12 September 1978. Geneva, 1978.



## **ANEXO A – PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008**

PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008.

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

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

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

Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;

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

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

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

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

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

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

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

<b>LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA</b>		
<b>Grupos</b>	<b>Diagnósticos</b>	<b>CID 10</b>
<b>1</b>	<b>Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis</b>	
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
1.10	Meningite Tuberculosa	A17.0
1.11	Tuberculose miliar	A19
1.12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1.16	Outras Tuberculoses	A18
1.17	Febre reumática	I00 a I02
1.18	Sífilis	A51 a A53
1.19	Malária	B50 a B54
001	Ascaridíase	B77
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
<b>2</b>	<b>Gastroenterites Infecciosas e complicações</b>	
2.1	Desidratação	E86
2.2	Gastroenterites	A00 a A09
<b>3</b>	<b>Anemia</b>	
3.1	Anemia por deficiência de ferro	D50
<b>4</b>	<b>Deficiências Nutricionais</b>	
4.1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição proteico calórica	E40 a E46
4.2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
<b>5</b>	<b>Infeções de ouvido, nariz e garganta.</b>	
5.1	Otite média supurativa	H66
5.2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5.3	Sinusite aguda	J01
5.4	Faringite aguda	J02
5.5	Amigdalite aguda	J03
5.6	Infeção Aguda VAS	J06
<b>6</b>	<b>Pneumonias bacterianas</b>	
6.1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6.2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6.3	Pneumonia por Estreptococos	J15.3, J15.4

6.4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6.5	Pneumonia lombar NE	J18.1
<b>7</b>	<b>Asma</b>	
7.1	Asma	J45, J46
<b>8</b>	<b>Doenças pulmonares</b>	
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
<b>9</b>	<b>Hipertensão</b>	
9.1	Hipertensão essencial	I10
9.2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
<b>10</b>	<b>Angina</b>	
10.1	Angina pectorais	I20
<b>11</b>	<b>Insuficiência Cardíaca</b>	
11.1	Insuficiência Cardíaca	I50
11.3	Edema agudo de pulmão	J81
<b>12</b>	<b>Doenças Cerebrovasculares</b>	
12.1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
<b>13</b>	<b>Diabetes Mellitus</b>	
13.1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1, E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13.2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurológicas, circulatórias, periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13.3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
<b>14</b>	<b>Epilepsias</b>	
14.1	Epilepsias	G40, G41
<b>15</b>	<b>Infecção no Rim e Trato Urinário</b>	
15.1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15.2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15.3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15.4	Cistite	N30
15.5	Uretrite	N34
15.6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
<b>16</b>	<b>Infecção da pele e tecido subcutâneo</b>	
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	L08

	subcutâneo	
<b>17</b>	<b>Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos</b>	
17.1	Salpingite e ooforite	N70
17.2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17.3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17.4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17.5	Doenças da glândula de Bartolini	N75
17.6	Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva	N76
<b>18</b>	<b>Úlcera gastrointestinal</b>	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
<b>19</b>	<b>Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto</b>	
19.1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19.2	Sífilis congênita	A50
19.3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte: Brasil (2008)